



**Universidad  
Zaragoza**

## Trabajo Fin de Grado

Proyecto piloto de detección y prevención de la conducta suicida en adolescentes en el ámbito educativo en la ciudad de Zaragoza. Aportaciones desde el Trabajo Social.

Pilot project for detection and prevention of suicide behavior in adolescents in the educational field in the city of Zaragoza. Contributions from Social Work.

Autor/es

**Jennifer Gil García**

Director/es

**Eva Garcés Trullenque**

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo

Año 2024

## **RESUMEN.**

El suicidio es un problema de Salud Pública y multicausal. En 2022 en España fallecieron 4.227 personas por suicidio y 65 adolescentes por la misma causa. El número de suicidios en adolescentes está aumentando. La adolescencia es una etapa de cambios biológicos, psicológicos y sociales que influyen en el desarrollo del individuo, provocando una mayor independencia y autodeterminación . En esta etapa de cambio pueden surgir factores de riesgo de suicidio que influyen en los adolescentes y en su desarrollo.

Los centros educativos son agentes clave en la detección temprana de los factores de riesgo de suicidio en adolescentes. En este contexto surge la idea de Unithree, un proyecto piloto enmarcado en el ámbito educativo cuya finalidad es detectar y prevenir la conducta suicida de los adolescentes escolarizados. Unithree involucra a docentes, familias y alumnos/as líderes que apoyan y acompañan a los alumnos/as detectados con riesgo de suicidio.

Palabras clave: suicidio, prevención, riesgo, alumnos/as, acompañamiento.

## **ABSTRACT**

Suicide is a public health and multi-causal problem. In 2022 in Spain 4227 people died by suicide and 65 adolescents because of the same reason. The number of suicides in teenagers is increasing. Adolescence is a biological, psychological and social stage of changes that influences in someone's development, bringing about higher independence and self-determination. In this stage of changes may emerge risk factors for suicide that influence adolescents and their development.

Schools are key agents in the early detection of risk suicide factor in adolescents. In this context emerge the idea of Unithree, a pilot project enclosed in the educational field with the aim of detecting and preventing adolescents' suicidal behaviour in school. Unithree involves teachers, family members and leader students who support and accompany students identified with risk of suicide.

Key words: suicide, prevention, risk, students, accompany.

## ÍNDICE

<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>5</b>
<b>II. CONCEPTUALIZACIÓN.....</b>	<b>6</b>
1. Concepto de suicidio.....	6
2. Datos relevantes en relación al suicidio.....	7
<b>III. MARCO EUROPEO DEL SUICIDIO.....</b>	<b>8</b>
1. Organización Mundial de la Salud.....	8
2. Unión Europea.....	8
2.1 Proyecto Euregenas.....	8
2.2 Proyecto SEYLE (Saving and Empowering Yoing Lives in Europe).....	9
<b>IV. MARCO ESTRATÉGICO DEL SUICIDIO EN ESPAÑA.....</b>	<b>10</b>
1. Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024.....	10
2. Estrategia de Salud Mental 2022-2026.....	10
3. Plan de Salud Mental de Aragón 2022 - 2025.....	11
4. Estrategia de Prevención del Suicidio en Aragón 2020.....	11
4.1 Guía de prevención, detección e intervención en casos de ideación suicida en el ámbito educativo (Gobierno de Aragón, 2021).....	11
5. Guías en el contexto educativo en otras Comunidades Autónomas.....	12
<b>V. EL SUICIDIO ADOLESCENTE EN EL CONTEXTO ESCOLAR.....</b>	<b>13</b>
1. El suicidio, la adolescencia y el contexto escolar.....	13
2. Factores de riesgo para conductas suicidas en adolescentes.....	13
2.1 Bullying y cyberbullying en el contexto escolar.....	15
2.2 Influencia de las redes sociales, internet y los medios de comunicación en los adolescentes.....	15
3. Factores de protección para conductas suicidas en adolescentes.....	15
4. Señales de alerta en adolescentes en el contexto escolar.....	16
5. Prevención del suicidio.....	17
5.1 Escalas de prevención del suicidio en adolescentes.....	17
5.1.1 Escala de Suicidabilidad diseñada por Okasha et al.....	18
5.1.2 PHQ-9 (Patient Health Questionnaire).....	18
5.1.3 Escala Paykel.....	18
5.1.4 Escala de desesperanza de Beck.....	19
<b>VI. TRABAJO SOCIAL Y EL SUICIDIO ADOLESCENTE EN EL CONTEXTO ESCOLAR.....</b>	<b>20</b>
1. La función de la figura del trabajador/a social en el contexto educativo.....	20
2. La función de la figura del trabajador/a social en el contexto educativo en adolescentes que presentan una conducta suicida.....	20
<b>VII. FUNDAMENTACIÓN DE LA PROPUESTA.....</b>	<b>22</b>
1. Conceptualización.....	22
2. Estrategias preventivas.....	22
3. Programas relacionados con la propuesta.....	24

<b>VIII. INTERVENCIÓN DE LA PROPUESTA: UNITHREE (Escuela, alumnos/as y familia).....</b>	<b>27</b>
1. Justificación de Unithree.....	27
2.1 Finalidad del proyecto piloto.....	28
2.2 Objetivos del proyecto.....	28
2.3 Beneficiarios/as del proyecto.....	29
2.4 Información a las familias.....	29
2.5 Metodología de selección de participantes.....	30
2.5.1 Detección de los/as alumnos/as en riesgo.....	30
2.5.2 Notificación a las familias de los/as alumnos/as detectados con riesgo de suicidio.....	30
2.5.3 Alumnos/as líderes.....	31
2.6 Duración del proyecto.....	31
2.7 Recursos necesarios para la implementación del proyecto.....	32
3. Valoración del riesgo de conducta suicida en alumnos/as.....	32
3.1 Alumnos/as con riesgo bajo.....	32
3.2 Alumnos/as con riesgo medio.....	33
3.3 Alumnos/as con riesgo alto.....	33
4. Las funciones del equipo multidisciplinar en el centro escolar.....	33
4.1 La función del trabajador/a social.....	34
4.2 La función de los docentes.....	34
4.3 La función del orientador/a en el contexto educativo.....	34
5. Acompañamiento y coordinación durante el proyecto.....	35
5.1 Acompañamiento al alumno/a participante en el proyecto.....	35
5.2 Acompañamiento a las familias de los/as alumnos/as que puntúen con riesgo de suicidio.....	35
5.3 Acompañamiento al alumno/a líder.....	36
5.4 Coordinación del equipo educativo.....	36
6. Caja de herramientas del proyecto.....	37
7. Evaluación final del proyecto.....	37
<b>IX. CONCLUSIONES.....</b>	<b>39</b>
<b>X. BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA.....</b>	<b>40</b>
<b>XI. ANEXOS.....</b>	<b>44</b>
ANEXO 1: Análisis de guías en el contexto educativo en otras Comunidades Autónomas.....	44
ANEXO 2: Ítems de la Escala diseñada por Okasha et al (Salvo, L., Melipillán, R., & Castro, A. 2009).....	48
ANEXO 3: Ítems de la Escala PHQ - 9 (Patient Health Questionnaire) (Johnson 2002).....	48
ANEXO 4: Ítems de la Escala Paykel (Fonseca-Pedrero et al., 2018).....	48
ANEXO 5: Ítems de la Escala de desesperanza de Beck (Guía para centros escolares de Aragón, 2021)..	49
ANEXO 6: Sector II de Zaragoza.....	49

ANEXO 7: Caja de herramientas.....	51
1. Actividades con los/las alumnos/as que puntúan con riesgo de suicidio.....	51
1.1.1 Actividades a realizar en el centro educativo por parte del alumno/a que puntúe con riesgo.....	51
1.1.2 Actividades a realizar en casa por parte del alumno/a que puntúa con riesgo.....	52
1.2 Actividades con alumnos/as que puntúan con riesgo y sus familias.....	53
1.3 Actividades con alumnos/as que puntúan con riesgo y alumnos/as líderes.....	55

## I. INTRODUCCIÓN.

Según la Organización Mundial de la Salud (2018) el suicidio es un importante problema de salud pública a nivel mundial. Este fenómeno supone un impacto personal y familiar en las personas cercanas de quién lo realiza, así como un impacto social y económico para el resto de la sociedad.

El suicidio es un fenómeno complejo y multicausal en el que intervienen e interaccionan numerosas causas y factores de riesgo al mismo tiempo e independientemente de la franja de edad (Gabilondo, A., 2020). El suicidio es prevenible si se interviene de manera oportuna y a tiempo con estrategias multisecoriales e integrales (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Según la Organización Mundial de la Salud (2021) el suicidio sigue siendo una de las principales causas de muerte en todo el mundo. Los datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud indican que en 2019 se suicidaron más de 700.000 personas, es decir, una de cada 100 muertes son producidas por suicidio. En adolescentes y adultos jóvenes, el suicidio se encuentra dentro de las tres primeras causas de muerte (Cortés Alfaro, A., 2014). Ante estos datos, la Organización Mundial de la Salud ha considerado oportuno realizar nuevas orientaciones que permitan a los países mejorar la prevención del suicidio.

“La Organización Mundial de la Salud reconoce que el suicidio es una prioridad para la salud pública. Los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud se han comprometido en virtud del Plan de Acción sobre Salud Mental de la OMS 2013-2020 a trabajar para alcanzar el objetivo mundial de reducir en una tercera parte la tasa de suicidios de aquí a 2030 “ (Organización Mundial de la Salud, 2023).

La tasa de mortalidad por suicidio es uno de los indicadores de la meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, cuyo propósito es que, de aquí a 2030, se reduzca en un tercio el riesgo de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, así como promover la salud y el bienestar mentales (Organización Mundial de la Salud, 2023).

En España se han realizado estudios recientes que demuestran que el suicidio es un problema de salud pública creciente y al mismo tiempo un problema socio - sanitario de primer orden (Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica et al., 2018), siendo una de las principales causas de muerte entre los adolescentes.

## II. CONCEPTUALIZACIÓN.

### 1. **Concepto de suicidio.**

El suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) como el acto deliberado de quitarse la vida. Su prevalencia y los métodos utilizados varían de acuerdo a los diferentes países. Desde el punto de vista de la salud mental, los y las adolescentes poseen vulnerabilidades particulares, por su etapa del desarrollo (UNICEF, 2017).

Se establece una diferencia entre acto suicida (todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil), suicidio (acto suicida con desenlace mortal) e intento de suicidio (el mismo acto, cuando no causa la muerte). El suicidio, entonces, es un acto con resultado de muerte que una persona realiza sobre sí misma, independientemente de su voluntad real de morir (Organización Mundial de la Salud, 1969).

Emile Durkheim, un influyente sociólogo francés del siglo XIX, fue pionero en el estudio del suicidio como un fenómeno social. En su obra "El suicidio" (1897), Durkheim propuso que el suicidio no era simplemente un acto individual motivado por razones personales, sino que también estaba influenciado por factores sociales y culturales (Durkheim. E, 1897).

Esta perspectiva resalta la importancia de comprender el suicidio no solo a nivel individual, sino también en el contexto más amplio de las estructuras sociales, las normas culturales y los factores de integración o desintegración social que pueden influir en las tasas de suicidio en una sociedad determinada (Durkheim. E,1897).

Según la definición de Durkheim (1897), el suicidio implica la muerte de una persona como resultado de un acto que la propia víctima realiza, ya sea de forma directa (como en el caso de un suicidio por sobredosis de drogas) o indirecta (como en el caso de la autolesión que conduce a la muerte). Además, Durkheim señala que la persona que comete el acto debe ser consciente de que su acción resultará en su propia muerte (Durkheim. E,1897).

Crosby, Ortega y Melanson (2011), definen el suicidio como la muerte resultante del comportamiento autoinflingido perjudicial en el que la persona tenía la intención de morir como resultado de dicha conducta (Crosby et al., 2011).

La Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2020) del Sistema Nacional de Salud (SNS) elaborado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, ha empleado una clasificación de las diferentes expresiones del suicidio, desde la ideación suicida hasta el propio acto, basada en la elaboración de Silverman et al (2007) a partir de la revisión de la nomenclatura de O'Carroll et al (2007)

Las definiciones de los conceptos mencionados con anterioridad son las siguientes:

- **Ideación suicida:** pensamientos sobre el suicidio (ideas de muerte, deseo de muerte...) (Silverman et al, 2007).
- **Comunicación suicida:** acto interpersonal en el que se tramiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida, sin que exista evidencia implícita o explícita de que este acto de comunicación suponga por sí mismo una conducta suicida. La comunicación suicida es un punto intermedio entre la ideación suicida y la conducta suicida. Concretamente, existen dos tipos de comunicación suicida: la amenaza suicida (se puede realizar de forma verbal o no verbal y hace referencia a una posible conducta suicida en un futuro próximo) y plan suicida (es la comunicación de un método con el que se va a llevar a cabo la conducta suicida) (Silverman et al, 2007).
- **Conducta suicida:** conducta dañina e impuesta por la misma persona en la que hay una evidencia de que la persona desea morir con alguna finalidad o de que la persona presenta intenciones de acabar con su vida (Silverman et al, 2007).

## 2. Datos relevantes en relación al suicidio.

El suicidio provoca en torno a 700.000 muertes en el mundo. En este siglo se han producido más de 80.000 muertes por suicidio en España (Fundación Española para la Prevención del Suicidio, 2022).

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística de 2022, por suicidio fallecieron 4.227 personas en España. Las principales causas de muerte en mujeres fueron el ahogamiento, la sumersión y sofocación (2.012 fallecidas y un aumento del 22,0%), las caídas accidentales (1.695, con una disminución del 0,8) y el suicidio (1.101, un 7,8% más). En los hombres, los suicidios (3.126 fallecidos), el ahogamiento, sumersión y sofocación (2.096) y las caídas accidentales (2.093) fueron las principales causas de muerte externa, con un aumento del 4,8%, 13,0% y 7,6%, respectivamente. Esto supone una media de más de 11,6 suicidios diarios (Fundación Española para la Prevención del Suicidio, 2022) (Instituto Nacional de Estadística, 2022).

En 2022 se vuelve a registrar por cuarto año consecutivo, una cifra histórica de suicidios en ambos sexos. Los suicidios de varones superan las 3.000 defunciones. Desde el año 2000 el suicidio ha aumentado un 25% (Observatorio del suicidio, 2022).

España registra una media de 8.85 suicidios por cada 100.000 habitantes. La tasa más elevada se encuentra en Asturias con un 12,54, siguiendo Galicia y las Islas Canarias. En cuanto a las tasas más inferiores se encuentran Ceuta y Melilla, con un 2,41 y un 1,17, respectivamente. En el caso de la Comunidad Autónoma de Aragón se encuentra en una tasa de 8,6 suicidios por cada 100.000 habitantes. El número de suicidios en la Comunidad Autónoma de Aragón suman un total de 114 defunciones, siendo 86 hombres y 28 mujeres (Observatorio del Suicidio, 2022).

El suicidio es la primera causa de muerte en la juventud española (de 15 a 29 años), por delante de los tumores (Fundación Española para la Prevención del Suicidio, 2022).

En el año 2022 preocupa el aumento del suicidio adolescente, especialmente entre las edades de 15 y 19 años, principalmente en el sexo masculino, 44 chicos y 21 chicas (Instituto Nacional de Estadística, 2022).

### III. MARCO EUROPEO DEL SUICIDIO.

#### **1. Organización Mundial de la Salud.**

La definición de salud mental proporcionada por la Organización Mundial de la Salud (2014) reconoce la importancia del bienestar de las personas y sus capacidades para enfrentar los desafíos de la vida. La definición no se limita únicamente a la ausencia de trastornos mentales.

El Plan de Acción Integral sobre Salud Mental (2013-2030) de la Organización Mundial de la Salud es una iniciativa global que busca abordar los desafíos relacionados con la salud mental y promover el bienestar psicológico. Este plan se basa en tres vías de transformación principales. Estas estrategias reconocen la importancia de abordar la salud mental de manera integral y promover un enfoque de toda la vida que se centre en la prevención, la promoción del bienestar y la atención integral de las personas con problemas de salud mental.

#### **2. Unión Europea.**

En la agenda de la Unión Europea se destaca la importancia de la salud mental y se detallan los esfuerzos realizados por la Comisión Europea para abordar el suicidio.

Se reconoce que la salud mental es una parte integral de la salud en general y es una prioridad para la Comisión Europea. En el año 2022 se anunció la intención de presentar una nueva iniciativa sobre salud mental en 2023. La Comisión Europea acogió esta comunicación, teniendo como objetivo ayudar a los Estados miembros y a las partes interesadas a abordar los desafíos en materia de salud mental.

El nuevo enfoque propuesto se centra en la prevención y reconoce que la salud mental está vinculada a diversos ámbitos como la educación, la digitalización, el empleo, la investigación, el desarrollo urbano, el medio ambiente y el clima. Se destaca la importancia de la consulta con los Estados miembros, las partes interesadas y los ciudadanos en el desarrollo de este enfoque global de la salud mental.

Algunos de los proyectos financiados por la Comisión Europea son “Proyecto *Euregenas*” cuyo objetivo es prevenir el suicidio; “Proyecto *SUPREME (Suicide Prevention through Internet and Media Based Mental Health Promotion)*” que pretendía prevenir el suicidio en jóvenes a través de una página web; “*EAAD (European Alliance Against Depression)*”, el cual propone afrontar la depresión mediante un programa de intervención a diferentes grupos sociales y *SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe)* cuyo objetivo es reducir el suicidio en adolescentes a través de la psicoeducación en el ámbito escolar dirigida a educadores, alumnos y familiares.

##### **2.1 Proyecto *Euregenas*.**

*Euregenas (European Regions Enforcing Actions Against Suicide)* es un proyecto de tres años, que ha recibido financiación para su desarrollo por parte de la Unión Europea a través del Programa de Salud Pública 2008-2013. En este programa participaron nueve países europeos con el objetivo de identificar las mejores prácticas de prevención del suicidio.

Este documento, creado por la Unidad de Investigación de Suicidio de la Universidad de Gante tiene como objetivo la prevención de pensamientos y conductas suicidas para el ámbito escolar, dentro del continente

europeo. En este proyecto también participaron la Escuela Andaluza de Salud Pública, Fundación Progreso y Salud (Andalucía) y Fundación Intrás (Castilla y León).

En la estrategia dos de la primera parte del Proyecto *Eurogenas*, se dan a conocer cuatro programas escolares relevantes para la prevención del suicidio. Los programas están diseñados para mejorar la psicoeducación; el desarrollo de habilidades basándose en “alumnos líderes”; programa de formación a *Gatekeepers* dada la importancia de la formación a los profesionales en educación (Chagnon et al., 2007, Chimini et al., 2014); y por último los programas de detección para prevenir la conducta suicida. (Eva Dumon & Prof. dr. Gwendolyn Portzky Unidad de Investigación en Suicidio, Universidad de Gante; 2014).

### **2.2 Proyecto SEYLE (*Saving and Empowering Yoing Lives in Europe*).**

El proyecto *SEYLE* (*Saving and Empowering Young Lives in Europe*; 2009-2011) es una iniciativa colaborativa que involucra a doce países europeos con el objetivo de reducir el suicidio entre adolescentes a través de intervenciones de psicoeducación en el ámbito escolar dirigidas a educadores, alumnos y familiares. España participa en este proyecto a través de la Universidad de Oviedo.

El objetivo principal de este proyecto es disminuir la frecuencia de comportamientos suicidas y su tasa de repetición en adolescentes europeos. Para lograr este objetivo, se plantean objetivos específicos que incluyen proporcionar información sobre el estado de salud y bienestar de los adolescentes europeos, realizar intervenciones para mejorar el estado de salud mediante la reducción de comportamientos de riesgo y suicidas, evaluar estas intervenciones en comparación con un grupo control, y recomendar modelos de promoción de salud en adolescentes.

Los resultados del estudio *SEYLE* muestran que, a los 3 y 12 meses siguientes a la implementación de las intervenciones, se observó una reducción considerable en los intentos de suicidio e incrementó el bienestar de los adolescentes.

El proyecto *SEYLE* resalta la importancia de abordar la salud mental de los adolescentes de manera integral, no solo en el ámbito clínico, sino también en entornos educativos donde se pueda proporcionar apoyo y educación adecuada.

#### IV. MARCO ESTRATÉGICO DEL SUICIDIO EN ESPAÑA.

A nivel estatal no existe un plan nacional de prevención del suicidio, lo que provoca que las comunidades autónomas deban tomar iniciativas. Esto supone importantes desequilibrios territoriales en el diseño de las políticas de prevención del suicidio en España.

El suicidio solo puede ser abordado de una manera conjunta, enmarcando la acción y los recursos disponibles dentro de un Plan Nacional de Prevención del Suicidio. Se debe trabajar de forma coordinada y conjuntamente para que el suicidio se convierta en una realidad más visible y así poder atender a todo aquel que lo sufra, de manera respetuosa, cercana y afectiva (Plataforma Nacional para el Estudio y la Prevención del Suicidio, 2023).

##### **1. Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024.**

A nivel estatal se ha creado un Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024 (Ministerio de Sanidad, 2022), aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud a propuesta del Ministerio de Sanidad.

Es un instrumento que tiene como objetivo mejorar la salud mental así como afrontar los efectos de la salud mental generada tras la crisis sanitaria y social provocada por la pandemia del COVID-19, además de otros efectos distintos que afectan gravemente a la salud mental actualmente.

El Plan de Acción de Salud Mental contiene un total de diez líneas estratégicas. La línea estratégica cuatro es la “prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida”.

Entre las acciones de esta línea estratégica cabe mencionar:

- “La formación continuada para la detección del riesgo, adecuado diagnóstico y abordaje de la conducta suicida” con lo que pretende formar tanto a profesionales de la salud, como a profesionales de otras instituciones, entre ellos a profesionales del ámbito educativo.
- “Desarrollar iniciativas para la prevención de conducta suicida en personas en situación de vulnerabilidad como: personas mayores, población infante - juvenil, entre otros”, a través del fomento de la formación continuada tanto a profesionales de la salud como a otros agentes implicados de otras instituciones que trabajen con población vulnerable.

##### **2. Estrategia de Salud Mental 2022-2026.**

A nivel estatal se ha creado la Estrategia de Salud Mental 2022- 2026 (Ministerio de Sanidad, 2022), aprobado por el comité institucional de la estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud y por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Esta nueva estrategia contiene nuevas recomendaciones actualizadas en materia de salud mental.

El objetivo general contempla “mejorar la salud mental de la población en todos los niveles y ámbitos de atención del Sistema Nacional de Salud” (Ministerio de Sanidad, 2022).

La Estrategia de Salud Mental contiene un total de diez líneas estratégicas. En la línea estratégica tres se encuentra la “Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida” siendo su objetivo general mejorar la atención a las personas con riesgo suicida. Entre las actuaciones se encuentra facilitar y

promover el acceso directo para los adolescentes con problemas de salud mental que desarrollen programas específicos para aquellos que manifiesten ideación suicida.

### **3. Plan de Salud Mental de Aragón 2022 - 2025.**

En la Comunidad Autónoma de Aragón se ha desarrollado un Plan de Salud Mental, apoyándose en la Estrategia de Salud Mental 2022-2026 y en el Plan de Acción en Salud Mental 2022-2024 a nivel estatal.

El Gobierno de Aragón ha creado el Plan de Salud Mental 2022-2025 con nueve líneas estratégicas en las que se abordan numerosas esferas de la salud mental. Este plan forma parte de la continuidad del Plan de Salud Mental 2017-2021.

En el Plan de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Aragón 2022-2025 aparece en su línea estratégica seis, la prevención, detección precoz y la atención a la conducta suicida, junto con objetivos y actuaciones que permiten prevenir el suicidio en la Comunidad Autónoma. Esta línea estratégica queda desarrollada en la Estrategia de prevención del suicidio de Aragón.

### **4. Estrategia de Prevención del Suicidio en Aragón 2020.**

La Estrategia de Prevención del Suicidio en Aragón se enmarca en las directrices establecidas en el Plan de Salud de Aragón 2030 y se ha desarrollado en consonancia con la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2007), así como con el Plan de Salud Mental de Aragón 2017-2021 y los valores y principios comunes en los Sistemas de Salud Europeos.

Esta estrategia tiene como objetivo la prevención del suicidio en todas las edades y busca involucrar a toda la sociedad en este esfuerzo. Dentro de su enfoque, se destaca la importancia de abordar el riesgo de suicidio entre los adolescentes, considerados como un grupo de mayor vulnerabilidad.

Dentro de las líneas estratégicas de prevención universal y selectiva, se establece un enfoque específico en la detección precoz del riesgo y el abordaje de la conducta suicida en la población adolescente, tanto en su entorno académico como social y residencial.

Algunos de los compromisos mínimos establecidos en esta área incluyen la implementación de un procedimiento de intervención preventiva y de abordaje de la conducta suicida en los centros de enseñanza secundaria y de atención a menores del Gobierno de Aragón. Otro de los compromisos que aparece es el desarrollo e incorporación de un plan anual de formación en la detección y prevención de conductas suicidas dirigido a centros educativos de enseñanza secundaria y a los profesionales que trabajan con adolescentes.

#### **4.1 Guía de prevención, detección e intervención en casos de ideación suicida en el ámbito educativo (Gobierno de Aragón, 2021).**

A partir de la Estrategia de Prevención del suicidio en Aragón, se ha desarrollado un protocolo para centros escolares, de actuación inmediata por el Gobierno de Aragón. El objetivo de esta guía es abordar desde el ámbito educativo un problema que es responsabilidad de toda la sociedad.

En esta guía se proporcionan algunas claves sobre cómo detectar (factores de riesgo y señales de alerta), como prevenir (factores de protección y actuaciones) y sobre cómo actuar (pautas y estrategias de actuación). La guía de Aragón contempla una serie de actuaciones ante un riesgo de conducta suicida. Ha desarrollado un protocolo para detectar, seguir y evaluar los casos de intento de suicidio y de acto suicida.

En caso de que el alumno presente un riesgo inminente de conducta suicida con agitación, se avisará a la familia o representantes legales. Por el contrario, si no muestra agitación, se derivará a los servicios de urgencias del hospital y atención primaria. Si existe un riesgo no inminente de conducta suicida, el equipo directivo derivará el caso al orientador/a del centro escolar o lo comunicará a inspección de educación y al equipo de orientación al mismo tiempo, dependiendo de la valoración de la situación. Tras detectar la posibilidad de ideación suicida, se derivará al alumno a servicios de urgencias de atención primaria o a otros servicios socio comunitarios, dependiendo de si los pensamientos que tiene son o no planificados.

### **5. Guías en el contexto educativo en otras Comunidades Autónomas.**

En España ocho comunidades autónomas cuentan con planes específicos de prevención del suicidio, más allá de las estrategias ligadas a salud mental. Los modelos diseñados por cada comunidad autónoma ofrecen una perspectiva más concreta a la postura del Ministerio de Sanidad, el cual ha rechazado desarrollar un plan específico a nivel nacional fuera de la Estrategia de Salud Mental.

Las comunidades autónomas que cuentan con un documento desarrollado son Aragón, Galicia, La Rioja, País Vasco, las Islas Baleares, la Comunidad Valenciana, Extremadura y Cataluña. En el Anexo 1 se muestra un breve análisis por Comunidades Autónomas.

## V. EL SUICIDO ADOLESCENTE EN EL CONTEXTO ESCOLAR.

### **1. El suicidio, la adolescencia y el contexto escolar.**

Según la Organización Mundial de la Salud (2014), la adolescencia es la fase que se abarca desde la niñez hasta la edad adulta y comprende la edad desde los 10 años hasta los 19 años, a pesar de que es difícil establecer un periodo determinado, ya que este varía en función del niño/a, del contexto en el que se encuentre, la sociedad...

Esta etapa se caracteriza por una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales significativos que influyen en el desarrollo y la maduración del individuo. Durante este periodo, los adolescentes experimentan una búsqueda de identidad, autonomía y toma de decisiones que los alejan gradualmente de la dependencia de las figuras de autoridad, como los padres, hacia una mayor independencia y autodeterminación (Coleman y Hendry, 2003).

La adolescencia es un periodo vulnerable en el que pueden surgir conductas de riesgo, incluidos los comportamientos suicidas. Es importante proporcionar a los adolescentes información y apoyo adecuado sobre temas relevantes para su bienestar (Sierra, J.O., 2014).

Los centros educativos juegan un papel central en la vida de los adolescentes. Los programas de prevención del suicidio en el ámbito escolar son una estrategia efectiva para abordar este problema. Estos programas permiten proporcionar información, recursos sobre salud mental y detectar tempranamente signos de riesgo para brindar apoyo a los estudiantes en situaciones de crisis (Cañón et al., 2018; Gijzen et al., 2018; Schilling et al., 2014).

La detección temprana de dificultades durante la adolescencia es crucial, ya que los patrones de conducta, emociones y relaciones establecidos durante este periodo pueden tener un impacto duradero en la salud mental y el bienestar a lo largo de la vida adulta (Bpudon, Goodman, Rae, Simpson y Koretz, 2005).

### **2. Factores de riesgo para conductas suicidas en adolescentes.**

La conducta suicida se presenta como un problema complejo en el que influyen diferentes factores (Jose L. Pedreira - Massa, 2019). Los factores de riesgo no determinan que una persona desarrolle conductas suicidas, aunque sí aumenta la posibilidad de que sucedan (Madrid Salud, 2023).

La detección de los factores de riesgo que afectan a una persona es clave para disminuir la probabilidad de que se desarrolle determinado fenómeno o problema de salud (Junta de Castilla y León, 2021).

Los factores de riesgo varían en función del género, la edad, factores genéticos y biológicos, las influencias sociales y culturales e incluso muchos de estos factores suelen aparecer combinados (Hawton, 2009). A continuación, se muestran los factores de riesgo del suicidio en adolescentes:

Tabla 1. Factores de riesgo del suicidio en adolescentes.

<b>FACTORES DE RIESGO PERSONALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conducta suicida previa o pensamiento suicida como única salida.</li> <li>- Sufrir estigma por haber intentado suicidarse con anterioridad.</li> <li>- Dificultades para comunicarse y expresar sentimientos y/o deseos.</li> <li>- Dificultades para controlar los impulsos y la baja tolerancia a la frustración.</li> <li>- Sentimientos de fracaso personal, baja autoestima, sentimiento de inferioridad, de desesperanza frente a la vida o sentirse una carga.</li> <li>- Presencia de enfermedad, ya sea física, mental o discapacidad.</li> <li>- Antecedentes de abusos sexuales y/o maltrato físico y/o psicológico.</li> <li>- Embarazo no deseado.</li> <li>- Acceso a medios o métodos letales.</li> <li>- Sucesos vitales estresantes.</li> <li>- Consumo de alcohol y/o tóxicos.</li> </ul>
<b>FACTORES DE RIESGO FAMILIARES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antecedentes familiares de suicidio.</li> <li>- Consumo de alcohol y/o tóxicos por parte de algún miembro de la familia.</li> <li>- Existencia de enfermedad mental en algún miembro de la familia.</li> <li>- Violencia dentro del hogar.</li> <li>- Inexistencia de vínculos familiares o de cuidados al adolescente.</li> <li>- Escasa comunicación dentro del ámbito familiar.</li> <li>- Familia exigente con el adolescente.</li> <li>- Pérdida de algún miembro de la familia</li> <li>- No querer revelar secretos familiares puede provocar en el adolescente no querer buscar ayuda fuera del núcleo familiar.</li> <li>- Acontecimientos vitales estresantes.</li> </ul>
<b>FACTORES DE RIESGO SOCIALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aislamiento social, escasa red social de apoyo.</li> <li>- Dificultad para relacionarse y comunicarse con iguales.</li> <li>- Cambios continuos que puedan producir un desarraigo cultural.</li> <li>- Procesos de cambio en la identidad sexual no aceptados.</li> <li>- Relaciones conflictivas, relaciones de violencia y/o acoso.</li> </ul>
<b>FACTORES DE RIESGO ESCOLARES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sufrir acoso escolar, <i>bullying</i> o <i>ciberbullying</i>.</li> <li>- Alta autoexigencia y perfeccionismo que desarrolle sentimientos de frustración personal, desesperanza o baja autoestima.</li> <li>- Bajo rendimiento académico.</li> <li>- Escasa formación del personal educativo sobre la conducta suicida.</li> <li>- Ausencia o ineficacia de un protocolo de actuación del suicidio.</li> <li>- Ausencia de relación del centro educativo con recursos de la zona.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia a partir de la "Guía de prevención y detección y derivación en caso de ideación suicida en el ámbito educativo de la Comunidad de Castilla y León" y "Plan de Actuación de prevención del suicidio del Ayuntamiento de Madrid 2023-2024".

### **2.1 Bullying y cyberbullying en el contexto escolar.**

El *bullying* y el *cyberbullying* son problemas graves que pueden tener consecuencias devastadoras para la salud mental y el bienestar de los adolescentes. Numerosos estudios han demostrado que los adolescentes que sufren *bullying* tienen un mayor riesgo de presentar conductas suicidas (Galván Gonzalo et. al., 2020).

El acceso constante a dispositivos móviles facilita el *cyberbullying* y puede causar un daño psicológico aún mayor que el *bullying* tradicional (Estévez et. al, 2020; Navarro et al., 2015).

El *cyberbullying* se ha convertido en un problema de salud pública mundial (Dennehy et al., 2020; John et al., 2018; Kwanza et al., 2021) y puede causar un daño psicológico aún mayor que el *bullying* tradicional (Estévez et. al, 2020; Navarro et al., 2015).

El riesgo de conducta suicida aumenta cuando una víctima experimenta tanto *bullying* tradicional como *cyberbullying* (Abrahamyan et al., 2020; Baiden & Tadeo, 2020; Hinduja & Patchin, 2019), lo que sugiere un efecto acumulativo y negativo de la victimización en la salud mental de los adolescentes (Cava et al., 2020; González-Cabrera, Machimbarrena, Fernández-González, et al., 2019).

Las investigaciones recientes han demostrado que los adolescentes que sufren algún tipo de *bullying* presentan conductas suicidas posteriores (Galván Gonzalo et. al, 2020).

### **2.2 Influencia de las redes sociales, internet y los medios de comunicación en los adolescentes.**

Los jóvenes son más influenciados por internet para desarrollar conductas suicidas en comparación con los adultos, ya que todavía se encuentran en una etapa de desarrollo de la personalidad, en la que en ocasiones existe una gran inmadurez (Alao AO, Soderberg M, Pohl EL, Alao AL, 2006). El uso de internet ha sido calificado como factor de riesgo para el desarrollo de conductas suicidas en población adolescente (Dunlop SM, More E, Romer D, 2011).

Actualmente, los medios de comunicación provocan una gran influencia sobre las actitudes, creencias y comportamientos de los adolescentes, ya que son este grupo de edad quien se encuentra más expuesto a las tecnologías. Por tanto, es posible que los adolescentes imiten algunos de los fenómenos de los que se informa en los medios de comunicación, entre ellos el suicidio. Este efecto de imitación recibe el nombre de efecto Werther (Herrera R, Ures M, Martínez J., 2015).

Es importante destacar un factor que se ha identificado en los adolescentes, “el efecto de la identificación”. Este efecto provoca que un adolescente con conducta suicida pueda precipitar otros intentos en su grupo de iguales (Villagómez R, Balcázar A, Paz R., 2005).

### **3. Factores de protección para conductas suicidas en adolescentes.**

La existencia de factores de protección en adolescentes no es una garantía de que el suicidio no se pueda llevar a cabo. Sin embargo, cuantos más factores de protección existan en una persona, existirá un menor riesgo de que se lleve a cabo el acto suicida (Madrid Salud, 2023). Por tanto, los factores protectores reducen el efecto y la exposición de un individuo ante los factores de riesgo.

Los factores protectores son:

Tabla 2. Factores de protección del suicidio en adolescentes.

<b>FACTORES DE PROTECCIÓN PERSONALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vínculos familiares adecuados y continuados desde edades tempranas de la vida del adolescente.</li> <li>- Adecuadas habilidades de comunicación.</li> <li>- Capacidad para afrontar y resolver problemas.</li> <li>- Buen estado de salud.</li> <li>- Control de las emociones y autoestima positiva.</li> <li>- Capacidad de solicitar y acceder a recursos de ayuda.</li> </ul>
<b>FACTORES DE PROTECCIÓN FAMILIARES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adecuadas relaciones familiares, buena comunicación y escucha activa dentro del hogar.</li> <li>- Cohesión entre los miembros de la familia.</li> <li>- Confianza, flexibilidad y respeto.</li> </ul>
<b>FACTORES DE PROTECCIÓN SOCIALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entornos seguros.</li> <li>- Acceso a recursos de ocio y educativos.</li> <li>- Apoyo social por parte de los iguales.</li> <li>- Amistades adecuadas y mantenidas en el tiempo.</li> </ul>
<b>FACTORES DE PROTECCIÓN ESCOLARES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continua comunicación entre las familias del alumno y el centro educativo.</li> <li>- Equipo profesional formado en la conducta suicida en adolescentes.</li> <li>- Relaciones de cercanía con el profesorado.</li> <li>- Existencia de un protocolo desarrollado por el propio centro escolar.</li> <li>- Coordinación con el ámbito sanitario y comunitario.</li> <li>- Realizar campañas de sensibilización, orientación e información.</li> <li>- Creación de una red de apoyo escolar en el centro entre los iguales.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia a partir de “Plan de Actuación de prevención del suicidio del Ayuntamiento de Madrid 2023-2024”, “Guía informativa para el ámbito escolar de la Generalitat Valenciana”.

#### 4. Señales de alerta en adolescentes en el contexto escolar.

La gran mayoría de los adolescentes, muestran determinados signos y síntomas previos a desarrollar una conducta suicida. Detectar estos signos y síntomas en la mayor brevedad posible, permitirá aplicar los programas de intervención diseñados en su entorno más cercano. Esto provocará una disminución del riesgo de aparición de un intento suicida en un alumno (Gobierno de Aragón; 2021).

Las señales de alerta son una petición de ayuda por parte de la persona que va a realizar un acto suicida y al mismo tiempo son una oportunidad de prevención, tanto para los profesionales como para la familia de la víctima (Generalitat Valenciana, 2018).

Las señales de alerta verbales o directas y señales de alerta no verbales o indirectas son:

Tabla 3. Señales de alerta en adolescentes en el contexto escolar.

SEÑALES VERBALES/DIRECTAS	SEÑALES NO VERBALES/INDIRECTAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plasmar por escrito o verbalizar el deseo de morir, herirse o matarse.</li> <li>- Hablar o escribir sobre sentimientos de desesperanza o mostrar no tener razones para seguir viviendo.</li> <li>- Verbalizar sentimiento de bloqueo o sufrir un dolor insoportable.</li> <li>- Verbalizar ser una carga para la gente de su alrededor.</li> <li>- Acceder o buscar métodos letales y de suicidio.</li> <li>- Mantener conversaciones reiteradas sobre el deseo de muerte.</li> <li>- Realizar despedidas, verbales o escritas.</li> <li>- Tras hablar del suicidio, algunas personas suelen minimizar su importancia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pérdida de contacto con red social de apoyo (familia y amigos, principalmente).</li> <li>- Deterioro del rendimiento académico y social y falta de concentración.</li> <li>- Comienzo o incremento en el consumo de alcohol y/o drogas.</li> <li>- Cambios en el carácter, personalidad o ánimo de la persona. También es importante prestar atención a los cambios en los hábitos de sueño y alimentación.</li> <li>- Manifestar sentimiento de venganza o ira.</li> <li>- Haber experimentado un intento previo de suicidio.</li> <li>- La aparición de un evento desencadenante o precipitante.</li> <li>- Falta de energía, actitud pasiva y de tristeza.</li> <li>- Anhedonia o incapacidad para experimentar placer con la realización de actividades habituales.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia a partir de la “Guía informativa para el ámbito escolar” de la Generalitat Valenciana y “Guía para la prevención de la conducta suicida” dirigida a docentes de Castilla-La Mancha.

## 5. Prevención del suicidio.

Existen tres líneas de actuación diferentes para prevenir el suicidio: la universal (dirigida al conjunto de la población), la selectiva (dirigida a determinados grupos de población que presentan factores de riesgo) y la indicada (realizada sobre individuos vulnerables que presentan un riesgo suicida). En el caso de la prevención del suicidio adolescente, se implementaría la línea de actuación selectiva (Gabilondo A., 2020).

Para prevenir la conducta suicida, es importante aprender a detectar las señales del suicidio en la adolescencia para evitar que se produzca un intento de suicidio (American Foundation for Suicide Prevention, 2010).

Para proporcionar una atención de calidad es importante que el/la profesional cuente con los instrumentos adecuados, adaptados, validados y adecuadamente baremados que le permita realizar un diagnóstico real. (Hernández, Ponsada, Muñiz, Prieto y Elosua, 2016; Muñiz y Fonseca - Pedrero, 2019).

### 5.1 Escalas de prevención del suicidio en adolescentes.

A continuación, se muestran algunas de las escalas más relevantes para detectar adolescentes con riesgo suicida.

### **5.1.1 Escala de Suicidabilidad diseñada por Okasha et al.**

Esta escala fue diseñada para adolescentes. Es una escala tipo likert y está formada por cuatro ítems. Los tres primeros ítems exploran la ideación suicida y el cuarto consulta sobre el intento de suicidio. Los ítems se muestran en el Anexo 2.

Cada ítem es puntuado de 0 a 3 puntos. El número 0 se corresponde con nunca; el número 1 se corresponde con casi nunca; el número 2 se corresponde con algunas veces y finalmente el número 3 se corresponde con muchas veces.

La suma total de todos los ítems puede variar entre 0 y 12 puntos. A mayor puntuación existirá una mayor gravedad de intento de suicidio.

Esta escala es un instrumento útil para detectar adolescentes con riesgo suicida. Sin embargo, tras realizar esta escala, es importante mantener entrevistas con los adolescentes para identificar los riesgos reales a los que está expuesto (Salvo, L., Melipillán, R., & Castro, A. 2009).

### **5.1.2 PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire*).**

Esta escala fue adaptada para detectar la sintomatología depresiva en los adolescentes. Consta de un total de nueve preguntas, las cuales han de responderse con nunca (0 puntos); algunos días (1 punto); más de la mitad de los días (2 puntos); y casi todos los días (3 puntos). La mayor puntuación que puede obtenerse son 27 puntos. A mayor puntuación, indica una mayor probabilidad de sufrir un episodio depresivo.

La escala cuenta además con otras cuatro preguntas complementarias, las cuales se encargan de evaluar la temporalidad del ánimo depresivo (A), el grado de disfuncionalidad que genera la sintomatología (C) y las ideas e intentos suicidas (D).

Las nueve preguntas que se realizan tienen en cuenta los sentimientos que ha sufrido el adolescente durante las últimas dos semanas. Las preguntas se muestran en el Anexo 3 (Johnson 2002).

La escala PHQ-9 se ha convertido en una medida estándar para evaluar la gravedad de la depresión (Kroenke et al., 2001; Spitzer et al., 1999). Esta escala ha sido validada en trabajos con adolescentes (Anum et al., 2019; Borghero et al., 2018; Burdzovic & Brunborg 2017).

El PHQ-9 es una herramienta breve, sencilla y confiable para evaluar los síntomas depresivos padecidos por los adolescentes de 12 a 18 años, tanto en entornos clínicos como escolares (Fonseca-Pedrero, E., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Al-Halabí, S., Lucas-Molina, B., & Debbané, M. 2023).

### **5.1.3 Escala *Paykel*.**

Para la prevención del suicidio en adolescentes españoles, ha sido validada la “Escala *Paykel* de Suicidio” (Fonseca-Pedrero et al., 2018). Es una herramienta encargada de evaluar las manifestaciones de la conducta suicida en la población adolescente. Es un instrumento de evaluación de cribado, sencillo y breve que consta de un total de cinco ítems con un sistema dicotómico de respuesta (Sí/No), sumando la respuesta “Sí”, un punto y la respuesta “No”, 0 puntos. Una mayor puntuación en las respuestas indica una mayor frecuencia y gravedad de la ideación suicida. Las respuestas deben fundamentarse en torno a los

sentimientos experimentados en el último año. Las preguntas que se realizan en la Escala *Paykel* consta de unos ítems recogidos en el Anexo 4.

El ítem 1 y 2 mide los pensamientos de muerte, el ítem 3 y 4 mide la ideación suicida y finalmente el ítem 5 mide el intento de suicidio (Fonseca-Pedrero, E., & Pérez de Albéniz, A., 2020).

#### **5.1.4 Escala de desesperanza de Beck.**

Esta escala fue diseñada por Beck et al (1974) para evaluar el pesimismo en los pacientes psiquiátricos con riesgo de suicidio. Evalúa la desesperanza del alumno, así como su bienestar y expectativas. Tiene una utilidad como indicador indirecto de riesgo suicida (Guía para centros escolares de Aragón, 2021).

La BHS está formada por 20 ítems, cuyas respuestas han de ser respondidas con verdadero o falso. Según Beck y Steer (1988, citados en Villalobos, 2009a), las puntuaciones de la BHS se pueden interpretar como asintomática (de 0 a 3 puntos), leve (entre 4 y 8 puntos), moderada (entre 9 y 14 puntos) y severa (entre 15 y 20 puntos). Los ítems (Guía para centros escolares de Aragón, 2021) se encuentran enumerados en el Anexo 5.

La puntuación más adecuada tras la realización de la escala es el número ocho. Una puntuación que supere este número indica un grado importante de desesperanza.

## VI. TRABAJO SOCIAL Y EL SUICIDIO ADOLESCENTE EN EL CONTEXTO ESCOLAR.

En la actualidad existen numerosos desafíos para el sistema educativo. La diversidad creciente en las aulas, requiere de un enfoque más amplio y holístico, por parte de la sociedad y de las instituciones educativas. Es crucial reconocer que la educación no solo se trata de transmitir conocimientos académicos, sino también de promover el desarrollo integral y el bienestar de todos los estudiantes (Alemany, 2019).

### **1. La función de la figura del trabajador/a social en el contexto educativo.**

El sistema educativo cuenta con trabajadores/as sociales en los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP), pero el número es reducido para las necesidades existentes dentro del sistema.

El papel del trabajador social en el entorno escolar es crucial para abordar las complejas necesidades sociales y emocionales de los estudiantes, así como para promover un ambiente educativo inclusivo y seguro (Alemany, 2019).

En la Orden ECD/1004/2018, de 7 de junio, por la que se regula la Red Integrada de Orientación Educativa en los centros docentes no universitarios sostenidos con fondos públicos de la Comunidad Autónoma de Aragón, aparece en su artículo 5.3 las funciones específicas del profesorado técnico de servicios a la comunidad, en los que se incluiría la figura del trabajador/a social.

Entre las funciones más características propias de estos profesionales cabe destacar:

- Colaboración con el centro y diferentes instituciones con el objetivo de prevenir determinadas situaciones.
- Proporcionar información, formación y orientación sobre diferentes aspectos que afecten al adolescente y/o su familia.
- Proporcionar asesoramiento para la planificación de actuaciones educativas para el alumnado en riesgo o vulnerable.
- Contribuir a la evaluación del alumnado y realizar informes cuando sean necesarios.

### **2. La función de la figura del trabajador/a social en el contexto educativo en adolescentes que presentan una conducta suicida.**

La intervención del Trabajo Social en casos de adolescentes con ideas suicidas y en riesgo de suicidio es de vital importancia para brindar apoyo emocional, identificar factores de riesgo y movilizar recursos para prevenir una tragedia. Los pasos que se mencionan a continuación son fundamentales para guiar la intervención y ofrecer un apoyo efectivo a los adolescentes y sus familias (Tejerina Chica, Y. L. 2020).

- a. Establecimiento de una relación de confianza. Es fundamental para facilitar la comunicación abierta y la colaboración en el proceso de intervención.
- b. Identificación y evaluación del riesgo. Los/as trabajadores/as sociales están capacitados para identificar los factores de riesgo de suicidio. Además, pueden tomar medidas para garantizar la seguridad del adolescente.
- c. Movilización de recursos. Los/as trabajadores/as sociales pueden ayudar a los adolescentes y sus familias a acceder a una variedad de recursos de apoyo, como servicios de salud mental, terapia individual o familiar, grupos de apoyo, líneas de ayuda de crisis, entre otros. También pueden

- colaborar con otros profesionales de la salud y del sistema educativo para coordinar la atención y el seguimiento del adolescente.
- d. Educación y sensibilización. Los/as trabajadores/as sociales pueden educar y sensibilizar sobre el suicidio en las instituciones educativas y la comunidad en general a través de talleres, charlas informativas...
  - e. Apoyo en el duelo. Los/as trabajadores/as sociales pueden brindar apoyo emocional y acompañamiento a los familiares y amigos afectados, ayudándolos a procesar el duelo y encontrar recursos para la recuperación.

En resumen, el Trabajo Social desempeña un papel integral en la prevención del suicidio entre adolescentes, proporcionando apoyo emocional, identificando el riesgo, movilizando recursos y educando a la comunidad sobre la importancia de la salud mental y el bienestar emocional. Su enfoque holístico y centrado en la persona contribuye significativamente a la promoción de la seguridad y el bienestar de los jóvenes en riesgo (Tejerina Chica, Y. L. 2020).

## VII. FUNDAMENTACIÓN DE LA PROPUESTA.

### **1. Conceptualización.**

La Organización Mundial de la Salud (2021) afirma que es posible realizar una prevención efectiva del suicidio, para ello elaboró la guía del suicidio denominada LIVE LIFE (Vive la vida). En esta guía aparecen algunas intervenciones de eficacia basadas en la evidencia. Algunas de las más relevantes para el desarrollo del programa son: desarrollar en los adolescentes aptitudes socioemocionales para la vida y detectar a tiempo, evaluar y tratar a las personas que muestren conductas suicidas y realizar un seguimiento a las mismas.

La prevención del suicidio requiere la participación de múltiples sectores e instituciones que afectan a la vida de los individuos, como la escuela, la atención primaria, la familia, actividades de ocio....

La escuela desempeña un papel crucial en la prevención del suicidio, pero a menudo los docentes no están preparados para ayudar a los alumnos a expresarse (Ortega, 1998). Los programas de desarrollo de habilidades pueden fortalecer a los alumnos y mejorar su bienestar (Del Barco, B. L., 2009). Las habilidades sociales ayudan, empoderan y fortalecen a los adolescentes y jóvenes a comunicar sus sentimientos y relacionarse de manera efectiva con los demás (Bortolotti, M. J. B., & Fernández, R. D., 2008).

Las relaciones con los iguales dentro del aula pueden ser tanto positivas como negativas (Ortega y Del Rey, 1998). La relación entre los iguales es tan importante como cualquier otra asignatura que se imparte en el aula, ya que estas relaciones provocan que los adolescentes se desarrollen en un espacio de convivencia positivo, donde existe el diálogo y la comunicación. Sin embargo, sucede todo lo contrario cuando estas relaciones con los iguales son negativas, pudiendo afectar a la salud mental de algunos de los adolescentes que las padecen (Ortega y Del Rey 1998) y llegando a producir en algunos casos acoso escolar (Del Barco, B. L. 2009).

Es fundamental que toda la comunidad participe en las actividades de prevención del suicidio y que exista coordinación entre los diferentes miembros de la comunidad para lograr intervenciones efectivas (Marchioni, M., 2014).

### **2. Estrategias preventivas.**

A continuación, se detallan algunas de las estrategias preventivas para la prevención de la conducta suicida en adolescentes.

#### **- QPR (Question, Persuade y Refer).**

En 2014, la Organización Mundial de la Salud en el documento de Prevención del suicidio: un imperativo Global (Organización Mundial de la Salud, 2014) define a un “guardían” como todo aquel que está en condiciones de identificar si alguien puede estar contemplado el suicidio. Además, menciona que los guardianes potenciales podrían ser “docentes y otro personal escolar”. Estos guardianes también reciben el nombre de *gatekeepers*.

Es una estrategia de entrenamiento a guardianes dirigido a docentes y otros individuos que forman la comunidad educativa. Se destaca la utilidad de las intervenciones como herramienta psicoeducativa que

promueve las habilidades del guardián para identificar las conductas de riesgo asociadas al suicidio, así como una actitud más positiva para discutir temas relacionados con el suicidio y una mayor autoeficacia para intervenir con personas en situación de riesgo (Isaac et al., 2009; Ghoncheh et al., 2016; Yonemoto et al., 2019; Ross et al., 2023).

- ***YAM (Youth Aware of Mental Health Program).***

Es un programa universal dirigido a alumnos, que aborda aspectos relacionados con la salud mental y el bienestar emocional. Consta de sesiones de role-playing en los que se realizan talleres interactivos, conferencias, folletos... Esta variedad de métodos permite que la información llegue a diferentes individuos de forma atractiva.

Los objetivos del programa son proporcionar información sobre los factores de riesgo y factores protectores en el suicidio. Además, también pretende generar conocimientos sobre depresión ansiedad y habilidades ante situaciones adversas y estrés. Aborda elementos emocionales y prácticos relacionados con la prevención del suicidio.

El programa fue efectivo para prevenir nuevos casos de intentos de suicidio e ideación suicida severa (Wasserman et al., 2015). Esto indica que el programa no solo está reduciendo los comportamientos suicidas actuales, sino que también está ayudando a prevenir futuros casos.

- ***Prof Screen - screening para profesores***

Este programa ha sido diseñado para identificar y proporcionar apoyo a estudiantes que muestran signos de riesgo de problemas de salud mental, específicamente relacionados con la ideación y los intentos de suicidio.

El programa utiliza el cuestionario *SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe)* como herramienta de detección. Los profesionales se encargan de revisar las respuestas de los estudiantes y aquellos que superan ciertos puntos de corte preestablecidos son identificados como riesgo y se les recomienda recibir evaluación y, si es necesario, tratamiento por parte de un profesional de salud mental.

A pesar de que existió una reducción en la ideación e intentos de suicidio tanto a los tres meses como a los doce meses, no fue una reducción significativa. Sin embargo, el programa cumplió su objetivo principal, identificar a los estudiantes con riesgo de problemas relacionados con salud mental y proporcionarles el tratamiento adecuado (Waasserman et al., 2015).

Lo más destacable del programa es la capacidad de detección temprana a los adolescentes en riesgo y proporcionarles tratamiento (A.Val & M.C Mínguez., 2021).

### 3. Programas relacionados con la propuesta.

A continuación, se explican los programas relacionados con la propuesta.

#### - **RADAR (Red para la Atención y Derivación de Adolescentes en Riesgo Suicida) 2016.**

Este programa fue implementado como prueba en dos colegios de Chile para detectar y derivar a adolescentes en riesgo de suicidio. Los datos obtenidos con este estudio mostraron que existe un gran número de adolescentes en riesgo de suicidio que no son detectados por el sistema de salud. Por tanto, implementar este programa “RADAR” dentro de la comunidad, resulta una intervención preventiva efectiva.

Para que RADAR sea implementado de forma efectiva, cuenta con los siguientes pasos:

1. Capacitación de la comunidad escolar y desarrollo de *Gatekeeper* (formación al personal de la escuela).
2. Derivar los casos detectados a los servicios de urgencias en menos de 24 horas o en caso de ser necesario a psiquiatría, como máximo en los siguientes siete días.
3. Utilizar instrumentos de identificación de riesgo suicida cada tres o seis meses.
4. Capacitación al personal de los servicios de salud.
5. Coordinación del funcionamiento del programa con los otros componentes del mismo y seguimiento de forma conjunta.

El programa RADAR (Red para la Atención y Derivación de Adolescentes en Riesgo Suicida) “es una estrategia preventiva selectiva e indicada, factible de ser implementada en la comunidad, para la prevención del suicidio en adolescentes” (Bustamante et al., 2018, p. 147). Se añade además que los programas que se implementan en los colegios, reducen de forma significativa el suicidio.

#### - **Sources of Strength - Dakota del Norte (1998).**

Es un programa universal de prevención del suicidio que fue diseñado en el año 1998 por Mark LoMurray tras identificar que las tasas de suicidio más elevadas se daban en Dakota del Norte. Actualmente este programa está siendo implementado en escuelas de primaria y secundaria de Estados Unidos y Canadá. Este programa ha sido designado como “Programa con Evidencia de Efectividad”.

La visión de este programa se basa en proporcionar la capacitación necesaria tanto para jóvenes como adultos a través de un enfoque ascendente y basado en las fortalezas para la promoción de la salud mental y la prevención de sucesos adversos como son el suicidio, la violencia, el acoso o el abuso de sustancias.

El programa está diseñado para reducir la probabilidad de que los jóvenes más vulnerables desarrollen conductas suicidas. *Sources of Strength* capacita a estudiantes como líderes pares, conectándonos con asesores adultos, tanto de la escuela como de la propia comunidad. Los asesores adultos son los encargados de guiar a los estudiantes líderes para la realización de buenas prácticas de afrontamiento ante situaciones problemáticas o difíciles. Esto se produce a través de reuniones programadas en las que son formados para planificar, diseñar y practicar actividades de mensajería individuales, en el aula y en los medios.

Las actividades del programa tienen como objetivo que los estudiantes dejen de ver el suicidio como una salida ante una situación imprevista. Como alternativa, las actividades pretenden mejorar la comunicación entre los jóvenes y adultos, ayudarles a buscar ayuda y desarrollar actitudes de afrontamiento saludables entre los jóvenes.

Petrova et al. (2015) concluyó que el modelado entre pares es eficaz para que los estudiantes con riesgo suicida desarrollen actitudes de afrontamiento positivo, así como recibir apoyo por parte de los adultos. Se demostró que la participación activa aumenta la efectividad del programa.

- ***S.O.S (Signs Of Suicide).***

El estudio realizado por Schilling et al. (2016) proporciona evidencia prometedora sobre la efectividad del programa *Signs of Suicide (SOS)* en la reducción de pensamientos y conductas suicidas entre estudiantes de secundaria en los Estados Unidos. El enfoque del programa consiste en aumentar el conocimiento sobre el suicidio, modificar actitudes hacia él y promover la búsqueda de ayuda entre los participantes.

Inicialmente, los estudiantes completaban un cuestionario sobre depresión, y aquellos con puntuaciones cercanas al umbral de riesgo eran alentados a buscar ayuda. Luego, se les enseñaban las señales de advertencia de suicidio, tanto explícitas como encubiertas, y se les proporcionaban estrategias para buscar ayuda de un adulto en caso de detectar estas señales en ellos mismos o en sus amigos. Esto se llevaba a cabo mediante la visualización de un vídeo y debates grupales.

Los resultados mostraron que tres meses después de la intervención, el programa SOS había aumentado el conocimiento y las actitudes positivas hacia la depresión y el suicidio, y había reducido los intentos de suicidio.

- ***C- Care (Counselors Care, Asses, Respond, Empower).***

Este programa se enfoca en desarrollar una red de apoyo integral dentro del entorno escolar para identificar y proporcionar ayuda a adolescentes que presenten ideación suicida. Este proceso implica la colaboración entre estudiantes, profesores y familias, con la detección inicial realizada a través de un screening computacional realizado en la escuela.

Los adolescentes identificados de mayor riesgo reciben sesiones de consejería para abordar sus necesidades emocionales y psicológicas. Los resultados del programa indican que los factores de riesgo de suicidio disminuyeron en un 25% en más del 85% de los jóvenes que participaron en la intervención. Además, estos efectos se mantuvieron durante al menos 10 meses después de la intervención.

Es importante destacar que este programa alcanzó la recomendación de la NREPP (*National Registry of Evidence-Based Programs and Practices*), lo que respalda su efectividad según estándares de evaluación reconocidos.

- **Programa CIPRÉS.**

El programa CIPRÉS está diseñado para reducir el riesgo suicida en adolescentes al potenciar su bienestar psicológico a través de estrategias específicas (Bahamón et al., 2019). Estas estrategias se basan en tres ejes principales: redefinición y proyección subjetiva positiva, control emocional e interacción social positiva, junto con una dimensión transversal centrada en técnicas de relajación y respiración, así como autoafirmaciones positivas.

Se enfoca en mejorar la autovaloración, el cumplimiento de metas y el desarrollo de una actitud optimista. El control emocional ayuda a los adolescentes a afrontar problemas y a disfrutar de la vida. La interacción

social positiva se centra en establecer relaciones satisfactorias que proporcionen apoyo emocional, especialmente en el ámbito familiar y de amistades.

Los resultados del estudio muestran que la implementación del programa CIPRÉS llevó a una reducción significativa en múltiples medidas de riesgo suicida, incluyendo la ideación suicida, la planificación de suicidio, la autolesión, el aislamiento social y la falta de apoyo familiar (Bahamón y Alarcón-Vásquez, 2019). También se observó un aumento en la ideación positiva. Estos hallazgos sugieren que el programa fue efectivo en disminuir los factores de riesgo y aumentar los factores protectores para el suicidio entre los adolescentes participantes.

## VIII. INTERVENCIÓN DE LA PROPUESTA: UNITHREE (Escuela, alumnos/as y familia).

### **1. Justificación de Unithree.**

El Proyecto "Unithree" es una iniciativa integral que aborda la detección y prevención de la conducta suicida en adolescentes, centrándose en la colaboración entre el centro educativo, los alumnos/as y sus familias. Este enfoque se fundamenta en directrices y recomendaciones tanto nacionales como internacionales como es la guía "Ganar salud en la escuela" elaborada por el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Educación (2009) donde se desarrolla la importancia de incorporar esta educación relacionada con la salud dentro del proyecto educativo.

La Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia, resalta la necesidad de promover el buen trato y la parentalidad positiva como aspectos fundamentales en la protección de la infancia y la adolescencia frente a la violencia (Cortes Generales, 2021). Esta perspectiva se alinea con la recomendación de la Unión Europea sobre Políticas de Apoyo al Ejercicio Positivo de la Parentalidad, enfatizando la importancia de proporcionar a los padres recursos y apoyos psicoeducativos para criar de manera efectiva a sus hijos (Consejo de Europa, 2006).

Por otro lado, se reconoce el papel crucial de los docentes en la prevención del suicidio adolescente. Su formación en la identificación de factores de riesgo y signos de alarma, así como la creación de un entorno escolar seguro y de apoyo, son elementos clave en la promoción de la salud mental entre los estudiantes (Dumon, 2014).

El proyecto piloto incorpora la figura de alumnos líderes, capacitados para brindar apoyo a sus compañeros y responder de manera efectiva ante situaciones de crisis (Michelmores & Hindley, 2012). Esta estrategia reconoce la influencia positiva que los iguales pueden tener en el bienestar emocional de los adolescentes (Gould et al., 2003).

Este proyecto contará con un equipo multidisciplinar encargado de detectar riesgos e implementar las diferentes actividades de prevención entre los adolescentes, en función de las valoraciones que éstos realicen. Estará formado por profesores formados en la materia (*Gatekeepers* o guardián), el/la orientador/a del centro educativo y un/una trabajador/a social.

Durante el curso 2021-2022 fueron 628 casos de escolares derivados al protocolo de prevención del suicidio, siendo un 5% de alto riesgo. En la ciudad de Zaragoza fue donde se registró la mayoría de estos casos, concretamente el 76%. Por nivel educativo, el 56% de los casos se dieron en educación secundaria y el 11% en bachillerato (Berain, E.P; 2023).

Teniendo en cuenta estos datos está claro que la adolescencia es un periodo ventana en el que resulta clave intervenir. Los adolescentes que piensan en suicidarse están asustados, ambivalentes hacia la vida, y necesitan tener una ocasión de encontrar un espacio seguro para hablar de esos pensamientos que les acosan (Al - Halabí et al., 2021).

## 2. Desarrollo del proyecto piloto.

Un proyecto piloto es un estudio experimental, que sirve para comprobar si una acción podría ser replicable en otros contextos. Los proyectos piloto pueden explorar ideas innovadoras sobre problemas o necesidades o probar elementos complementarios sobre soluciones existentes (Junta de Andalucía, 2020).

### 2.1 Finalidad del proyecto piloto.

El objetivo del proyecto es detectar y prevenir el suicidio en adolescentes escolarizados a través de la implicación de los/as profesionales del contexto educativo, los/as alumnos/as y las familias de los/as alumnos/as detectados con riesgo. Para ello se formará a los/as profesionales y alumnos/as líderes y también se proporcionará información a las familias sobre cómo abordar la situación.

### 2.2 Objetivos del proyecto.

Tabla 4. Objetivos del proyecto.

OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
<b>1. Promover la salud mental entre los/as adolescentes escolarizados.</b>	Conseguir que la población diana participe activamente en el proyecto.
	Fomentar hábitos de vida saludables.
	Coordinar intervenciones con las Unidades de Salud Mental Infanto Juvenil (USMIJ).
<b>2. Detectar y prevenir la conducta suicida de los adolescentes en el ámbito educativo.</b>	Proporcionar a los/as profesionales y alumnos/as líderes del centro escolar la formación y herramientas adecuadas para la detección de la conducta suicida.
	Implicar a la familia del alumno/a en riesgo en el proceso.
	Comprender y conocer el entorno que rodea al alumno/a.
<b>3. Desarrollar habilidades de comunicación, interacción y relación entre iguales y familiares.</b>	Ofrecer una atención directa periódica por parte del equipo.
	Fomentar la escucha activa entre los participantes del programa.
	Crear un espacio de confianza y respeto mutuo por parte de alumnos/as, profesionales y familia.

Fuente: Elaboración propia.

### **2.3 Beneficiarios/as del proyecto.**

Este proyecto está dirigido tanto a los/as alumnos/as de 3º A y B de Educación Secundaria Obligatoria (ESO), 4º A y B de Educación Secundaria Obligatoria (ESO), 1º A y B de bachillerato y 2º A y B de bachillerato del IES Miguel Catalán de Zaragoza. Este instituto está ubicado en Paseo de Isabel la Católica 3, 50009, Zaragoza.

Se estima que inicialmente el total de alumnos/as a los que se informará y realizará una evaluación inicial, será de 180 jóvenes. Sin embargo, no todos ellos/as participarán en el proyecto dado que no todos puntuarán con riesgo en la evaluación inicial. Los participantes del proyecto serán aquellos alumnos que tras la realización de la escala puntúen un riesgo significativo. Se estima que los alumnos/as que finalmente puedan participar en el proyecto sean un total de tres por clase, esto suma un total de 25 alumnos, aproximadamente.

A pesar de que este proyecto está enfocado a cuatro extensos cursos del I.E.S Miguel Catalán, las charlas, reuniones y las diferentes actividades que se realicen, se llevarán a cabo diferenciando los cursos. Es decir, se trabajará de forma independiente con los diferentes niveles educativos para garantizar una atención más personalizada.

### **2.4 Información a las familias.**

Previamente al inicio del proyecto piloto, las familias de los/as alumnos/as escolarizados en los cursos nombrados anteriormente recibirán un correo electrónico en el que se les invita a asistir a una reunión para informarles del proyecto piloto que se va a implementar en el I.E.S Miguel Catalán. Esta reunión se realizará en las aulas y cada familiar deberá acudir al aula a la que su hijo/a acude habitualmente. De esta manera se reducirá el número de personas por aula, lo que permitirá la participación, realizando las preguntas oportunas que surjan entre los familiares.

Se informará de que los/as alumnos/as cumplimentarán una escala para evaluar el riesgo de suicidio y que la participación del alumno/a en el proyecto dependerá de la puntuación que haya obtenido tras la realización de la escala.

Para la realización de la escala *Paykel* de suicidio y la inclusión del alumnado en el proyecto piloto, será preciso obtener el consentimiento de los progenitores o tutores. Esta autorización es necesaria ya que se trata de finalidades distintas a la función educativa. Se debe informar con claridad sobre cada una de ellas y aceptar la decisión que tomen los interesados (Agencia Española de Protección de Datos, 2019).

Tras haber sido informados del proyecto, se realizará un breve descanso y posteriormente se volverá a las aulas, siguiendo el mismo procedimiento de división de las familias. El objetivo de esta segunda reunión es impartir una charla informativa acerca de lo que es el suicidio, los factores de riesgo y protectores que existen ante una conducta suicida así como también algunas de las señales de alarma más comunes en adolescentes. Esta charla será impartida por los profesionales de la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil de Sagasta y la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil del Hospital Infantil.

## **2.5 Metodología de selección de participantes.**

A continuación se explica cuál es el proceso que se seguirá para el desarrollo del proyecto que se implementará en el IES Miguel Catalán. Se muestra cómo serán detectados los/as alumnos/as en riesgo, cómo se informará y contactará con sus familias, y cómo serán seleccionados los/as alumnos/as líderes.

### **2.5.1 Detección de los/as alumnos/as en riesgo.**

Los/as alumnos/as de las aulas de 3º y 4º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y Bachillerato recibirán una charla de información y sensibilización sobre la prevención del suicidio durante las horas de tutoría incluidas en el currículum académico. Esta charla será impartida por profesionales de la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil de Sagasta y la Unidad de Salud Mental del Hospital Infantil en los diferentes cursos en los que se desarrolle el proyecto.

En la siguiente tutoría, los/as alumnos/as de las diferentes aulas en las que se desarrolle el proyecto, completarán la escala de *Paykel* de forma individual. Esta herramienta consta de un total de cinco ítems con un sistema dicotómico de respuesta (Sí/No), sumando la respuesta “Sí” un punto y la respuesta “No”, 0 puntos. Una mayor puntuación en las respuestas indica una mayor frecuencia y gravedad de la ideación suicida. Las respuestas deben fundamentarse en torno a los sentimientos experimentados en el último año. Se considerará que los alumnos han puntuado con riesgo si tras la realización de la escala obtienen una puntuación igual o superior a tres puntos. En el “Anexo 4” se pueden encontrar las preguntas que completarán los alumnos/as.

Esta escala ha sido elegida para el proyecto piloto dado que evalúa las manifestaciones de la conducta suicida en la población adolescente. Además, ha sido validada para adolescentes españoles (Fonseca-Pedrero et al., 2018).

Una vez detectados los/as alumnos/as que puntúan con riesgo, el/la orientador/a del centro educativo mantendrá una entrevista individual con ellos/as. El objetivo de esta entrevista es verificar y constatar que existe un riesgo de conducta suicida.

### **2.5.2 Notificación a las familias de los/as alumnos/as detectados con riesgo de suicidio.**

En caso de que se verificase el riesgo de suicidio, el/la trabajador/a social del centro educativo, mantendrá una entrevista con los familiares de los/as alumnos/as. Igualmente, los/as tutores/as de cada alumno/a quedarán informados de la participación del menor en el proyecto.

En esta entrevista, además de informarles de lo detectado y de la participación de su hijo/a en el proyecto piloto, el/la trabajador/a social deberá realizar un análisis de la situación socio-familiar para identificar posibles riesgos en la familia. Si fuese necesario se citaría una segunda vez a la familia del menor para obtener un análisis más detallado de la estructura socio - familiar.

Las familias de cada alumno/a participante en el proyecto, serán citadas cada dos semanas para acompañarlos en este proceso y contrastar la evolución percibida tanto en el centro educativo como en el hogar. El objetivo de estas entrevistas es velar por el bienestar del alumno/a que presenta algún riesgo de suicidio y el apoyo a las familias.

### **2.5.3 Alumnos/as líderes.**

Los/as alumnos/as líderes serán identificados por el/la tutor/a en cada una de las aulas en las que se desarrolle el proyecto, siendo éstos/as de la misma edad que los/as alumnos/as que puntúan con riesgo. Los/as alumnos/as líderes tendrán una formación básica sobre los factores de riesgo, las señales de alarma y las funciones que deberán desempeñar en cada caso.

La figura de los/as alumnos/as líderes se basa en acompañar y ayudar a los compañeros/as afectados, así como también realizar diferentes actividades con ellos/as, tanto las propuestas en el proyecto como las que puedan surgir dentro del horario escolar (acompañarlo en el recreo, ayudarlo con los trabajos en equipo...). Las tareas que desempeña el/la alumno/a líder no son evaluables dentro del proceso académico.

Este proceso de ayuda y acompañamiento debe ser aceptado por ambas partes de forma voluntaria. El/la alumno/a líder se reunirá una vez por semana con el/la tutor/a asignado para comunicarle cómo ha transcurrido la semana e informar de los avances que se hayan producido. El líder no podrá guardar secretos que comprometan el bienestar de su compañero/a. En ningún caso, un líder no podrá apoyar a más compañeros/as en riesgo, nada más que al que ha sido asignado. Los/as alumnos/as que participen en el proyecto podrán seguir manteniendo relación con los/as alumnos/as líderes que se les asignó durante el desarrollo del proyecto.

Este sistema de alumnos/as líderes permitirá a los/as alumnos/as que puntúan con riesgo, buscar ayuda en adultos y al mismo tiempo comprender la situación por la que están pasando los compañeros/as. Los/as alumnos/as líderes facilitan la promoción de salud y al mismo tiempo la capacidad de afrontamiento de los compañeros (Muñoz Sánchez, J. L. ;2019).

El uso de los/as alumnos/as líderes en la prevención del suicidio disminuye el estigma dentro de la comunidad educativa, así como también el disminuye el estigma de la enfermedad mental, el aislamiento, la falta de confianza en los profesores y/o profesionales (Muñoz Sánchez, J. L. ;2019).

### **2.6 Duración del proyecto.**

El proyecto se implementará durante seis meses. Sin embargo, los profesionales deberán evaluar la necesidad de cada alumno/a e ir determinando el tiempo necesario en función de cada caso, pudiendo ampliarse si fuera necesario.

Cabe destacar que el inicio del proyecto en cada joven no será al mismo tiempo dado que cada uno presentará una problemática diferente que hará adaptar el proyecto. En el caso de que los profesionales lo consideren necesario para completar su evaluación, los/as participantes podrán realizar por segunda vez la escala *Paykel*.

A los seis meses de que cada alumno/a haya finalizado el proyecto, se realizará una evaluación de los/as alumnos/as participantes para comprobar que se hayan conseguido los objetivos propuestos. Esta evaluación se realizará a través de la misma escala que se usó para identificar a los/as alumnos/as en riesgo, la escala *Paykel* y mediante una nueva entrevista del/la orientador/a del alumno/a y del/la trabajadora social a la familia y alumnos/as líderes.

## 2.7 Recursos necesarios para la implementación del proyecto.

Tabla 5. Recursos necesarios para la implementación del proyecto.

<b>RECURSOS HUMANOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Docentes.</li> <li>- Trabajador/a social.</li> <li>- Orientador/a educativo.</li> <li>- Alumnos/as líderes.</li> <li>- Familias.</li> <li>- Alumnos/as en riesgo.</li> </ul>
<b>RECURSOS MATERIALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Salón de actos.</li> <li>- Sala Multiusos</li> <li>- Aulas.</li> <li>- Despachos de los distintos profesionales.</li> </ul>
<b>RECURSOS TÉCNICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ordenadores.</li> <li>- Teléfonos.</li> <li>- Drive.</li> <li>- Word y Excel.</li> <li>- Internet.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

### 3. Valoración del riesgo de conducta suicida en alumnos/as.

Tras la realización de la Escala *Paykel* por parte de los/as alumnos/as de 3º y 4º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y Bachillerato, aquellos/as que puntúen con riesgo serán entrevistados por el/la orientador/a del centro educativo. El/la profesional podrá identificar tres tipos de riesgo.

#### 3.1 Alumnos/as con riesgo bajo.

El/la profesional detectará una presencia de ideación suicida, pero sin una planificación sobre la misma. Se indagará si existen factores de riesgo en el/la alumno/a, entre los que cabe mencionar:

- Factores de riesgo personales como dificultades para controlar los impulsos, dificultades para comunicarse, sentimientos de fracaso personal y/o baja autoestima.
- Factores de riesgo familiares como escasa comunicación, inexistencia de vínculos familiares o una familia demasiado exigente con el adolescente.
- Factores de riesgo sociales como aislamiento social, dificultades para relacionarse o relaciones conflictivas.
- Factores de riesgo escolares como sufrir acoso escolar, sufrir *bullying* o alta autoexigencia.

En el caso de que exista alguno de los factores de riesgo mencionados, el/la alumno/a podrá ser un participante del proyecto sin necesidad ser derivado a la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil de referencia.

### **3.2 Alumnos/as con riesgo medio.**

El/la orientador/a del centro educativo detectará una ideación y planificación suicida pero no inmediata. Para ello el/la profesional indagará sobre los métodos y/o medios letales que posee el/la adolescente para poder llevar a cabo el suicidio y si existen antecedentes familiares de suicidio.

En este caso, el/la alumno/a sería derivado a la USMIJ de referencia, siguiendo el protocolo de prevención, detección e intervención en casos de ideación suicida en el ámbito educativo en la Comunidad Autónoma de Aragón. Para que esta derivación fuese efectiva, el/la profesional deberá cumplimentar el Anexo II del protocolo establecido en la Guía de Aragón, en el que aparecen los datos del alumno/a, factores de riesgo y protección, así como las señales de alerta identificadas por el profesional.

### **3.3 Alumnos/as con riesgo alto.**

Los/as alumnos/as con riesgo alto serán aquellos/as que presenten un riesgo inminente de conducta suicida. Serán aquellos/as que verbalicen haberlo intentado con anterioridad o que muestren un plan definido para llevarlo a cabo.

Estos/as alumnos/as serán derivados del mismo modo a la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil de referencia con carácter preferente. Para ello, el/la profesional deberá indagar sobre los factores de riesgo y protección, así como las señales de alerta detectadas para facilitarle la información al equipo de la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil (USMIJ).

## **4. Las funciones del equipo multidisciplinar en el centro escolar.**

El equipo del proyecto piloto estará formado por diferentes profesionales: el/la trabajador/a social, los/as tutores/as de cada aula en la que se implemente el proyecto y el/la orientador/a.

El desarrollo del proyecto piloto se llevará a cabo en colaboración con la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Sagasta y la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil del Hospital Infantil, perteneciente al sector II de Zaragoza, por ser las unidades de referencia de los/as alumnos/as del proyecto por zona geográfica. Si algún alumno/a participante en el proyecto perteneciera a otra área de salud se colaboraría con ella (Anexo 6).

Desde el centro educativo se seguirán los protocolos establecidos por la Guía de prevención, detección e intervención en casos de ideación suicida de Aragón en los casos que se detecte un riesgo alto o medio por parte del orientador/a educativo.

La Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil valorará las derivaciones y definirá la urgencia de la atención para poder priorizar los casos con más riesgo, proporcionando una atención prioritaria en los casos que así lo requieran. Esta coordinación entre el ámbito educativo y el ámbito de la salud mental garantiza una atención integral y continuada, dirigida a los adolescentes en situación de riesgo de suicidio.

Los/as profesionales del ámbito educativo y de la salud mantendrán un contacto periódico programado mediante reuniones. En caso de urgencia los/as profesionales del centro educativo podrán ponerse en contacto con la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil a través de medios telefónicos y/o informáticos.

#### **4.1 La función del trabajador/a social.**

Las funciones que desempeñará la figura del trabajador/a social en el proyecto serán la detección temprana de señales de alerta; colaboración y coordinación con las diferentes instituciones o entidades con las que el menor tenga vinculación; recoger información de las familias del adolescente a través de entrevistas y proporcionar las orientaciones necesarias y/o solicitadas.

Además, el/la trabajador/a social deberá mantener comunicación y trabajar conjuntamente con el/la orientador/a del centro educativo. En caso de ser necesaria la derivación a los servicios sanitarios y/o sociales, el/la trabajador/a social deberá realizar un informe de derivación del alumno/a.

Finalmente, cabe mencionar que el/la trabajador/a social de cada centro educativo también podrá utilizar la caja de herramientas incluida en el Anexo 7. Se valorará la idoneidad de cada herramienta en función de la valoración que se realice de cada caso durante las reuniones periódicas del equipo educativo. El/la profesional podrá utilizar tanto las herramientas con los/as alumnos/as, como con sus familias y alumnos/as líderes. El/la trabajador/a social deberá reflejar brevemente por escrito cómo se ha desarrollado la dinámica y si ha identificado algún factor importante que el resto del equipo deba conocer.

#### **4.2 La función de los docentes.**

Los/as docentes actuarán como *gatekeepers*, es decir, su figura funcionará como un guardián. Estos profesionales serán formados para detectar y saber cómo prevenir ante situaciones en las que detecten alguna señal de alarma o factor de riesgo.

Los/as docentes mantienen un contacto directo y diario con los/as alumnos/as, son las personas que más tiempo comparten con los/as adolescentes y por tanto, son los que más posibilidad tienen de conocerlos. Por tanto, si alguno de los/as docentes observase o identificase riesgo en alguno de los/as alumnos/as del aula, deberá comunicarlo al resto del equipo del proyecto en las reuniones semanales.

Los/as tutores/as de cada aula serán los encargados de realizar la escala de evaluación de riesgo del suicidio establecida en el proyecto piloto. Los/as tutores/as de cada aula deberán entregar las escalas cumplimentadas al orientador/a del centro educativo para que éste/a valore las puntuaciones y a los/as alumnos/as que fuesen necesario.

Finalmente cabe mencionar que el/la tutor/a podrá hacer uso de las herramientas incluidas en el Anexo 7. Éstas serán usadas en función de la valoración realizada por parte del equipo. Las herramientas podrá aplicarlas con los/as alumnos/as que puntúan con riesgo junto con los/as alumnos/as líderes, ya que es el/la tutor/a quien mejor puede conocer a los/as alumnos/as dado el gran número de horas que comparten. Cada tutor/a deberá desarrollar por escrito cómo se ha desarrollado la dinámica para que esta información pueda ser conocida por el resto del equipo.

#### **4.3 La función del orientador/a en el contexto educativo.**

Las funciones que desempeñará el/la orientador/a educativo en el desarrollo del proyecto será la de valorar inicialmente al menor y establecer cuáles serán los procesos más adecuados para el/la alumno/a. Deberá realizar una evaluación sobre la intervención realizada y un seguimiento de cada alumno/a. Además, en caso necesario, deberá realizar informes de derivación a servicios sanitarios o sociales.

Finalmente cabe mencionar que el/la orientador/a educativo, podrá usar las herramientas incluidas en el Anexo 7 del proyecto. Estas herramientas podrán ser usadas tanto con los/as alumnos/as que puntúan con riesgo, como con sus familias y/o con los/as alumnos/as líderes. El/la profesional deberá recoger por escrito, de forma breve, cómo se ha desarrollado la actividad para que en las reuniones pueda compartirlo con el resto del equipo.

## **5. Acompañamiento y coordinación durante el proyecto.**

### **5.1 Acompañamiento al alumno/a participante en el proyecto.**

Se mantendrá una entrevista con el/la alumno/a que puntúe con riesgo cada dos semanas por el/la orientador/a del centro educativo y el/la trabajador/a social, con una duración aproximada de las entrevistas con cada alumno/a de 30 minutos. Sin embargo, el/la alumno/a podrá solicitar una entrevista con los/as profesionales o informar a los docentes sobre sus preocupaciones siempre que lo considere oportuno.

Durante la entrevista se realizarán algunas preguntas. Los/as profesionales deberán valorar cuáles son las preguntas más apropiadas para cada entrevista y alumno/a. A continuación, se muestran algunas preguntas a modo de ejemplo.

- ¿Cómo te has sentido durante estos días?
- ¿Ha surgido en clase o en casa algún hecho o conflicto que te haya generado malestar?
- ¿Cómo ha sido la relación con el/la alumno/a líder? ¿Consideras que te ha ayudado en alguna situación concreta? ¿En cuál?
- ¿Cómo han sido las relaciones con el resto de los compañeros/as?
- ¿En casa existe una buena comunicación y relación con tus padres?
- ¿Existe algo que te preocupe o que quieras compartir con nosotros?

Tras la realización de la entrevista, el/la trabajador/a social y el orientador/a deberá realizar un informe de seguimiento en el que se muestre brevemente aquellos aspectos tratados, así como los hechos más relevantes que haya destacado el/la menor.

### **5.2 Acompañamiento a las familias de los/as alumnos/as que puntúen con riesgo de suicidio.**

La familia será citada para realizar una entrevista cada dos semanas en el centro. Sin embargo, la familia podrá ponerse en contacto a través de una llamada telefónica o correo electrónico con el/la trabajador/a social en caso de que surja algún conflicto o preocupación.

La duración aproximada de las entrevistas será de 45 minutos. En la entrevista estará presente el/la orientador/a del centro educativo y el/la trabajadora social.

Durante la entrevista se realizarán algunas preguntas. Éstas variarán en función de la implicación de los padres en la entrevista. Los/as profesionales deberán valorar cuáles son las más apropiadas para cada momento. A continuación, se muestran algunas preguntas a modo de ejemplo.

- ¿Ha surgido algún hecho relevante que haya causado conflicto o malestar en el hogar?
- ¿Cómo ha sido la comunicación que ha mantenido vuestro hijo/a con vosotros durante estos días?
- ¿Comparte con vosotros lo que hace en su día a día o sus preocupaciones y/o pensamientos/sentimientos?
- En caso de que sí que lo haga ¿Vosotros también lo hacéis?
- En caso de que la familia mantenga relación con la familia más extensa ¿el menor participa en las reuniones familiares? ¿Mantiene comunicación con ellos?
- ¿Vuestro hijo/a participa en las tareas del hogar? En caso de que no lo haga preguntar si los padres intentan hacerle partícipe en las mismas.

Tras la realización de la entrevista, el/la trabajador/a social y el/la orientador/a deberá recoger los hechos más relevantes en un informe de seguimiento. De esta manera se podrá constatar si ha existido una evolución durante los meses en los que se ha implementado el proyecto.

### **5.3 Acompañamiento al alumno/a líder.**

El/la alumno/a líder deberá reunirse cada semana con el/la tutor/a. Si surgiese algún hecho relevante o conflicto, deberá solicitar una tutoría antes. La duración aproximada de estas entrevistas será de 30 minutos.

Durante la entrevista se llevarán a cabo una serie de preguntas con el objetivo de conocer si el/la alumno/a participante ha mostrado una evolución positiva o negativa. A continuación, se muestran una serie de preguntas a modo de ejemplo para guiar la entrevista.

- ¿Ha surgido algún hecho relevante que te haya causado impresión?
- ¿Cuál ha sido la participación y la implicación del compañero/a en los equipos de trabajo?
- ¿Cómo han sido las relaciones y la comunicación con el resto de los/as compañeros/as?
- ¿Has identificado que tu compañero/a se haya sentido incómodo/a en algún momento?
- ¿Cómo ha sido tu relación con él/ella durante esta semana? ¿Mantiene relación contigo fuera del instituto? ¿Y con otros compañeros/as?

El/la tutor/a de cada alumno/a líder deberá recoger por escrito de forma breve, aquellos aspectos tratados durante la entrevista. El objetivo de esta recogida de datos es que tanto el/la orientador/a como el/la trabajador/a social del centro educativo sean informados. De esta manera se produce una coordinación e intercambio de información adecuado que garantiza el correcto desarrollo del proyecto y del alumno/a participe del proyecto.

### **5.4 Coordinación del equipo educativo.**

El equipo de profesionales del centro educativo deberá reunirse cada viernes, al finalizar la semana y las clases. La duración de las reuniones no podrá exceder los 60 minutos. El objetivo de estas reuniones es compartir aquellos casos más relevantes.

Durante estas reuniones se establecerá cuáles son las próximas intervenciones a desarrollar con cada participante y quién será el responsable de realizarlas. Estas intervenciones serán asignadas en función de la

valoración realizada por los profesionales tras la realización de las entrevistas con los/As participantes. En función de la necesidad detectada podrán usar la caja de herramientas incorporada en el anexo 7 del proyecto.

## **6. Caja de herramientas del proyecto.**

La caja de herramientas del proyecto está formada por un conjunto de actividades a modo de ejemplo. No es necesario usarla en todos los casos. Los profesionales serán los encargados de valorar la idoneidad de las actividades para cada participante. En caso de que ninguna fuese adecuada, los/as profesionales podrán desarrollar otras actividades adaptadas a las necesidades de los/as participantes.

Cada profesional deberá recoger por escrito qué herramienta ha aplicado y cómo se ha desarrollado la dinámica tras su aplicación, informando de los logros conseguidos o las dificultades encontradas.

La caja de herramientas podrá ampliarse en función de las experiencias e intervenciones realizadas por parte de los profesionales.

## **7. Evaluación final del proyecto.**

Durante el desarrollo del proyecto piloto se realizarán informes de seguimiento en los que se pueda explicar el proceso de cada participante. A la finalización del proyecto, estos informes revelarán el grado de mejora experimentado en los participantes.

A los seis meses de haber comenzado el proyecto, se solicitará que los/as alumnos/as que puntuaron con riesgo al inicio del proyecto piloto, vuelvan a realizar la escala *Paykel* (Anexo 4). Si los/as alumnos/as obtienen una puntuación inferior a tres abandonarán el proyecto. Además, los/as alumnos/as serán citados nuevamente a una entrevista en la que se constatará que no existe riesgo de conducta suicida. El resto de los/as alumnos/as que hayan obtenido una puntuación igual o superior a tres, seguirán siendo participantes del proyecto.

A los seis meses también se mantendrá una breve entrevista con cada uno de los/as alumnos/as líderes participantes en el proyecto. El objetivo de estas entrevistas es conocer cuál ha sido la evolución del alumno/a que puntuó con riesgo, desde la perspectiva del alumnado.

Para conocer si ha habido una mejora, se podrán realizar las siguientes preguntas:

- ¿Has observado que el/la alumno/a que participó en el proyecto haya tenido relaciones interpersonales con otros/as alumnos/as del centro educativo?
- ¿El resto de alumnos/as se han comunicado con él/ella o al menos lo han intentado?
- ¿Ha seguido manteniendo contacto contigo? En el caso de que lo haya hecho ¿te ha comentado que haya sufrido alguna crisis o conflicto que le haya llevado a tener pensamientos suicidas?

Finalmente, se mantendrá una entrevista con los familiares de cada alumno/a con el objetivo de conocer cómo ha sido la evolución en el contexto socio - familiar del alumno/a que puntuó con riesgo. Para conocer si ha existido una mejora con respecto al inicio del proyecto, se podrían realizar las siguientes preguntas:

- ¿Vuestro/a hijo/a ha compartido con vosotros sus preocupaciones y/o conflictos durante este tiempo?
- ¿Ha existido una buena comunicación en el hogar? ¿Y con la familia extensa?
- ¿Cómo han sido las relaciones familiares durante este tiempo?
- ¿Vuestro/a hijo/a ha sido participe en las actividades familiares (reuniones, viajes, excursiones, tareas del hogar...)?

Con esta evaluación final del proyecto se pretende obtener datos que revelen si la implantación del proyecto ha sido adecuada para prevenir la conducta suicida en los adolescentes escolarizados en el I.E.S Miguel Catalán, en la ciudad de Zaragoza.

## IX. CONCLUSIONES.

La revisión de datos de suicidio adolescente ha revelado la necesidad de intervenir con este colectivo con el objetivo de prevenir el suicidio adolescente desde el ámbito escolar. Algunos aspectos como los cambios sufridos durante la adolescencia, el *bullying* o el aislamiento social son factores que incrementan el riesgo de conductas suicidas entre los alumnos y las alumnas.

El Barómetro Juvenil de Salud y Bienestar (2023) muestra preocupación por el aumento de la ideación suicida, que se correlaciona con el aumento de suicidios en los últimos años en España. Esta preocupación se centra en los jóvenes que experimentan con intensidad sensaciones de aislamiento y falta de apoyos cercanos.

Frente a esta problemática, surge el proyecto “Unithree” proporcionando diversas aportaciones para detectar y prevenir el suicidio adolescente desde los centros educativos. Las aportaciones del proyecto piloto Unithree son:

- “Unithree” podrá permitir detectar y prevenir la conducta suicida entre el alumnado de los centros educativos.
- La integración de la figura del alumno/a líder con dos objetivos: acompañar y ayudar a los/as alumnos/as que presenten riesgo y proporcionar información a los/as tutores/as sobre los/as alumnos/as que puntúan con riesgo.
- La existencia de un equipo de profesionales en el centro educativo con dos objetivos: trabajar coordinadamente para fomentar el bienestar del menor y al mismo tiempo permite a los/as alumnos/as compartir sus preocupaciones.
- La implicación y el acompañamiento de las familias a los/as alumnos/as que presenten riesgo, favoreciendo el aumento de apoyos cercanos. Además, la familia será una fuente de información importante para realizar intervenciones efectivas.
- La coordinación entre profesionales del ámbito educativo y el ámbito de la salud permite intervenir desde los centros educativos con los casos que presentan un riesgo bajo y derivar los adolescentes con riesgo medio o alto.
- La implementación del proyecto “Unithree” podrá realizarse en otros centros educativos a través de la sistematización de la primera experiencia.

## X. BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA.

Alao AO, Soderberg M, Pohl EL, Alao AL. Cybersuicide: review of the role of the internet on suicide. *Cyberpsychol Behav.* 2006;9(4):489-493.

Aleman, C (2019): "Por qué necesitamos trabajadores/as sociales en la escuela".

ASAFES. (2022). Guía para la Promoción de la Salud Menta y la Prevención del Suicidio Adolescente en Centros Educativos.

Ayuntamiento de la anteiglesia de Leioa. (2008). Guía para el diálogo y la resolución de conflictos en familia.

Bahamón, M. J., Alarcón-Vásquez, Y., Trejos-Herrera, A. M., Vinaccia, S., Cabezas Corcione, A., & Sepúlveda-Aravena, J. (2019). Efectos del programa CIPRES sobre el riesgo de suicidio en adolescentes.

Beriain, E. P. (9 octubre, 2023). Aragón detectó el curso pasado hasta 628 casos de ideación suicida en escolares.

Blanco, C. (2020). El suicidio en España. Respuesta institucional y social. *Revista de Ciencias Sociales*, 33(46), 79-106.

Borghero, F., Martínez, V., Zitko, P., Vöhringer, P. A., Cavada, G., & Rojas, G. (2018). Tamizaje de episodio depresivo en adolescentes. Validación del instrumento PHQ-9. *Revista médica de Chile*, 146(4), 479-486.

Bortolotti, M. J. B., & Fernández, R. D. (2008). El Grupo De Iguales En La Formación De Habilidades Sociales. *Xihmai*, 3(5).

Buelga Vázquez, S., Cava Caballero, M. J., Moreno Ruiz, D., & Ortega Barón, J. (2022). Cyberbullying y conducta suicida en alumnado adolescente: Una revisión sistemática. *Revista de educación*.

Bustamante F, Urquidi C, Florenzano R, Barrueto C, Hoyos J, Ampuero K, et al. El programa RADAR para la prevención del suicidio en adolescentes de la región de Aysén, Chile: resultados preliminares. *Rev Chil Pediatr.* 2018;89(1):145-148.

Castellvi, P., & Rodríguez, J. A. P. (2018). El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir. *Revista de estudios de juventud*, (121), 45-59.

Castilla y León. (2022). Guía de prevención, detección y derivación en casos de ideación suicida en el ámbito educativo.

Consejería de Salud del Principado de Asturias. Dirección General de Salud Pública. (2021). Promoción del Bienestar Emocional, Prevención, Detección e Intervención ante la conducta suicida. Guía para centros educativos.

Cortés Alfaro, A. (2014). Conducta suicida adolescencia y riesgo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(1), 132-139.

Del Barco, B. L. (2009). Salud mental en las aulas. La salud mental de las personas jóvenes en España, 66, 1-19.

DE, S. G. P. Y. P., & SALUD, O. A. M. Plan de actuación de prevención del suicidio del Ayuntamiento de Madrid 2023-2024.

Dunlop SM, More E, Romer D. Where do youth learn about suicides on the Internet, and what influence does this have on suicidal ideation?: Influence of the Internet on suicidal ideation. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011 oct.;52(10):1073-80.

Fundación Española para la Prevención del Suicidio. (2024). Prevención del Suicidio.

Fonseca-Pedrero, E., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Al-Halabí, S., Lucas-Molina, B., & Debbané, M. (2023). Detección de depresión en jóvenes: validación del Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9) en una muestra representativa de adolescentes. *Investigación en psiquiatría*, 328, 115486.

Fonseca-Pedrero, E., & Pérez de Albéniz, A. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: A propósito de la escala Paykel de suicidio. *Papeles del psicólogo*, 41(2), 106-115.

Gabilondo, A. (2020). Prevención del suicidio, revisión del modelo OMS y reflexión sobre su desarrollo en España. *Informe SESPAS 2020. Gaceta Sanitaria*, 34, 27-33.

Galván, G., Chaverra, L. M. C., Ricardo, M. D. J. G., De la Hoz, F. J. V., Martelo, M. F. G., Aceros, L. J. B., & Oviedo, J. T. (2020). Relación entre bullying y conductas suicidas en adolescentes: una revisión sistemática. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 31(149, ene.-feb.), 13-20.

Generalitat Valenciana. (2018). Prevención del suicidio. Guía informativa para el ámbito escolar.

Gobierno de Aragón. (2020). Estrategia de Prevención del Suicidio en Aragón (EXPrESA).

Gobierno de Aragón. (2022). Plan de Salud Mental de Aragón 2022-2025.

Gobierno de Aragón. (2021). Prevención, detección e intervención en casos de ideación suicida en el ámbito educativo. Guía para centros escolares. Protocolo de actuación inmediata.

Herrera R, Ures M, Martínez J. El tratamiento del suicidio en la prensa española: ¿efecto werther o efecto papageno?. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2015; 35(125):123-34.

INNOVACIÓN, E., & SANIDAD, P. S. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2020).

Instituto Aragonés de Estadística. (2022). Datos según causas de defunción.

Instituto Nacional de Estadística. (2023). Defunciones según la causa de muerte. [https://www.ine.es/prensa/edcm\\_2022\\_d.pdf](https://www.ine.es/prensa/edcm_2022_d.pdf)

Junta de Andalucía. (2020). Guía para el diseño de estudios piloto de Políticas Públicas.

Kuric, S., Sanmartín, A., Ballesteros, J. C. y Gómez Miguel, A. (2023). Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2023. Madrid: Centro Reina Sofía de Fad Juventud.

Madrid Salud. (2023, 11 enero). Factores de riesgo y protección - Prevención del suicidio.

Marchioni, M. (2014). De las comunidades y de lo comunitario. Revista Espacios Transnacionales, 3, 112-118.

Ministerio de Sanidad. (2022). Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026.

Ministerio de Sanidad. (2022). Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Plan-Accion-Salud-Mental-2022-2024.pdf>

Muñoz Sánchez, J. L. (2019). Fundamentos para la prevención del suicidio en Europa. Proyecto EUREGENAS.

Observatorio del Suicidio en España. (2022) (datos definitivos diciembre 2023). (s. f.). Prevención del Suicidio. <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2022-definitivo/>

Ortuño Cierra J. Adolescencia: Evaluación del ajuste emocional y comportamiento en el contexto escolar [tesis]. Logroño: Departamento de Ciencias de la Educación, Universidad de La Rioja; 2014.

Pedrero, E. F., & del Casal, A. D. G. (2018). Conducta suicida y juventud: pautas de prevención para familias y centros educativos. Revista de Estudios de Juventud, (120), 35-46.

Plataforma Nacional Para el Estudio y la Prevención del Suicidio. (2024). Hagamos un Plan.

Plataforma Nacional Para el Estudio y la Prevención del Suicidio. (2024). Iniciativas autonómicas.

Riverside University. (2021). Guía de Actividades para la Prevención del Suicidio y Mes Nacional de Recuperación 2021 del Condado de Riverside.

Salud mental. (2024). Public Health.

Salvador Llivina, T., & Suelves Joanxich, J. M. (2009). Ganar salud en la escuela: Guía para conseguirlo.

Salvo, L., Melipillán, R., & Castro, A. (2009). Confiabilidad, validez y punto de corte para escala de screening de suicidalidad en adolescentes. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 47(1), 16-23.

Schilling, E.A., Lawless, M., Buchanan, L., & Aseltine, R. H. (2014). "Signs of Suicide" shows promise as a middle school suicide prevention program. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(6), 653-667.

Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)). (2020). Guía para la prevención de la conducta suicida. Dirigida a docentes.

Sources of Strength. (2024, 13 febrero). Sources Of Strength. <https://sourcesofstrength.org/>

Tejerina Chica, Y. L. (2020). Educación Emocional como medida preventiva ante el suicidio. Propuesta de intervención frente al bullying desde el Trabajo Social en centros educativos del Principado de Asturias.

Torija, C. S. T., & Ortiz, J. O. S. (2023). Entrenamiento en Guardianes para la prevención del suicidio en estudiantes. *Revista Digital Universitaria*, 24(6).

UNICEF. (2024). <https://www.unicef.org/es>

Val, A., & Míguez, M. C. (2021). La prevención de la conducta suicida en adolescentes en el ámbito escolar: una revisión sistemática. *Terapia psicológica*, 39(1), 145-162.

Villafaña, J. N. R., & Cárdenas, S. J. (2022). Definición de suicidio y de los pensamientos y conductas relacionadas con el mismo: una revisión. *Psicología y Salud*, 32(1), 39-48.

Villagómez R, Balcázar A, Paz R. Suicidio en jóvenes. *Rev Fac Med UNAM*. 2005; 48(2):54-57.

World Health Organization: WHO. (2022, 17 junio). La OMS subraya la urgencia de transformar la salud mental y los cuidados conexos. OMS.

World Health Organization: WHO. (2023, 28 agosto). Suicidio. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.

Xunta de Galicia. Consellería de Educación, Universidade e Formación Profesional. (2018). Protocolo de prevención, detección e intervención del riesgo suicida en el ámbito educativo.

## XI. ANEXOS.

### **ANEXO 1: Análisis de guías en el contexto educativo en otras Comunidades Autónomas.**

#### **Andalucía:**

La Comunidad Autónoma de Andalucía ha desarrollado el programa de Prevención de la Conducta Suicida (Junta de Andalucía, 2023-2026). En Andalucía no existe actualmente un plan específico o protocolo de actuación sistemático para la conducta suicida. Cabe mencionar que la Junta de Andalucía (Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional) ha desarrollado una guía para la prevención del riesgo de conductas suicidas y autolesiones del alumnado (Junta de Andalucía, 2023). En esta guía existe un protocolo que los docentes deben seguir en caso de detectar una tentativa de suicidio entre el alumnado.

#### **Aragón:**

La Comunidad Autónoma de Aragón ha desarrollado la Estrategia de Prevención del Suicidio en Aragón (ExPreSA) (Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón, 2020) , donde se reconoce a la población adolescente como uno de los colectivos que presenta mayor vulnerabilidad. Además, el Gobierno de Aragón ha desarrollado la guía de prevención, detección e intervención en casos de ideación suicida en el ámbito educativo (Gobierno de Aragón, 2021), donde existe un protocolo que deben seguir los profesionales del ámbito educativo ante la detección de riesgo suicida en el alumnado.

#### **Asturias:**

En la Comunidad Autónoma de Asturias se ha desarrollado un Protocolo de detección y manejo de los casos de personas con riesgo de suicidio (Consejería de Sanidad, 2018) que garantiza la atención inmediata de aquellas personas con alta ideación suicida, siendo atendidos en menos de diez días. El Gobierno del Principado de Asturias ha desarrollado una guía para centros educativos “Promoción del bienestar emocional, prevención, detección e intervención ante la conducta suicida” donde existe un protocolo de actuación ante un riesgo de conducta suicida en el contexto educativo (Dirección General de Salud Pública, 2022).

#### **Islas Baleares:**

En las Islas Baleares existe un plan de prevención actuación y abordaje de la conducta suicida. La Consejería de Salud y Consumo decidió dar prioridad a las recomendaciones del Plan estratégico de salud mental de las Islas Baleares (2016-2022), creando el Observatorio del Suicidio, el cual serviría para sensibilizar, formar e implementar acciones eficaces. La Consejería de Salud y Consumo (2021) también desarrolló la Guía para la prevención y el primer abordaje de la conducta suicida en los centros educativos de las Islas Baleares. En esta guía también existe un protocolo de actuación ante una sospecha de suicidio.

#### **Islas Canarias:**

En las Islas Canarias existe el Plan de Salud Mental de Canarias, donde existe una línea estratégica dedicada a la prevención del suicidio. Derivado de ésta, se desarrolla el Programa de Prevención de la conducta suicida en Canarias (Servicio Canario de Salud, 2021) donde se especifican las acciones y las pautas a seguir. En las Islas Canarias no existe un protocolo de intervención ante riesgo suicida en instituciones educativas. En caso de detección de riesgo suicida en el ámbito educativo, el individuo será derivado a Salud Mental de forma preferente.

**Cantabria:**

En Cantabria existe el Programa de alta resolución para el manejo de la conducta suicida y prevención del suicidio. Este programa consiste en que en el momento que el paciente acude a urgencias y es dado de alta, consigue una cita en 24-72 horas en salud mental. En el ámbito educativo, la Consejería de Educación y Formación profesional (2023) desarrolló la guía de prevención, detección e intervención de la conducta suicida en el ámbito educativo donde existe un protocolo de actuación ante la detección de riesgo suicida. Cabe destacar que en esta guía aparece un protocolo de cribado de riesgo.

**Castilla - La Mancha:**

En la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha cuenta con el Plan de Salud Mental (Consejería de Sanidad, 2018-2025) donde se propone en el Eje III la Sostenibilidad, promoción y prevención del suicidio, cuyas líneas de acción se dirigen a la elaboración y aplicación de estrategias de prevención de depresión y suicidio, poniendo mayor énfasis en los colectivos de mayor riesgo. Además, en Castilla - La Mancha se ha desarrollado la Estrategia para la prevención el suicidio y la intervención ante tentativas autolíticas siendo uno de los objetivos específicos el establecer coordinación entre sanidad y el ámbito educativo. Esta comunidad autónoma cuenta con una guía para la prevención de la conducta suicida, dirigida a docentes (Grupo de Trabajo para la Prevención del Suicidio e Intervención ante conductas Autolíticas en Castilla-La Mancha, 2020). En esta guía aparecen protocolos de prevención y abordaje del suicidio.

**Castilla y León:**

En la Comunidad Autónoma de Castilla y León se ha desarrollado una Estrategia de prevención de la conducta suicida (Junta de Castilla y León, 2021-2026) cuyo objetivo es “Disminuir al máximo la incidencia y la prevalencia del suicidio en Castilla y León, garantizando una atención adecuada de la persona y sus allegados, mediante el abordaje integral del proceso de prevención, atención y seguimiento de la conducta suicida”. Además, Comisiones Obreras de enseñanza de Castilla y León (2022) ha desarrollado la Guía de prevención, detección y derivación en casos de ideación suicida en el ámbito educativo, donde no existe un protocolo propio de la comunidad autónoma ante la detección de riesgo de la conducta suicida.

**Cataluña:**

En Cataluña existe un Plan de Prevención del suicidio (Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, 2021-2025) cuyo principal objetivo es la prevención de la conducta suicida, sumándose a la acción integrada y el liderazgo de los sectores sanitario y social. En esta Comunidad Autónoma se ha desarrollado además la Guía para el abordaje de la conducta suicida y de las autolesiones no suicidas en el centro educativo (Generalitat de Cataluña, 2022), donde aparece un circuito de actuación para el profesorado en caso de detectar un riesgo de conducta suicida.

**Extremadura:**

En Extremadura se ha desarrollado el Código Suicidio (Servicio Extremeño de Salud 2018), el cual es un protocolo de atención para las personas que hayan realizado una tentativa de suicidio o presenten un riesgo medio o alto de conducta suicida. En esta Comunidad Autónoma se ha desarrollado una Guía de prevención en intervención de la conducta suicida en el ámbito educativo (Equipo de Trastornos Graves de la Conducta de Cáceres, 2020), donde aparecen las actuaciones a seguir en caso de detectar riesgo de suicidio.

**Galicia:**

En Galicia existe un Plan de Prevención del Suicidio, el cual cuenta con siete líneas estratégicas. En su línea tres “Prevención y abordaje de la conducta suicida” que pretende el establecimiento de un código de activación que inicie el proceso asistencial del paciente con riesgo de suicidio y la garantía de una respuesta rápida y eficaz para la atención de pacientes. En esta Comunidad Autónoma, la Junta de Galicia ha desarrollado el protocolo de prevención, detección e intervención del riesgo suicida en el ámbito educativo (2018), donde diferencian entre prevención primaria con todo el alumnado, prevención secundaria con el alumnado en situación de riesgo, prevención terciaria haciendo referencia a la intervención educativa en el intento autolítico y la prevención. En cada uno de los tipos de prevención se desarrollan las actuaciones que se deben seguir.

**La Rioja:**

El Gobierno de la Rioja desarrolló el Plan de Prevención del Suicidio (2018) cuyo objetivo general es reducir la incidencia y prevalencia de la conducta suicida. En esta Comunidad Autónoma no existe una guía de prevención del suicidio para el ámbito educativo.

**Comunidad de Madrid:**

En la Comunidad de Madrid, el Plan de Actuación de Prevención del Suicidio del Ayuntamiento de Madrid 2023-2024 se encuentra integrado en la Estrategia de Prevención y Promoción de la Salud “Madrid, una Ciudad Saludable 2021-2024” y cuenta con cinco objetivos estratégicos. En esta Comunidad Autónoma se ha desarrollado la Guía para la prevención del riesgo de conducta suicida y/o autolesiones del alumnado (Consejería de Educación y Universidades, 2023). Es un protocolo para la elaboración de planes individualizados de prevención, protección e intervención en los centros educativos.

**Región de Murcia:**

En la Región de Murcia no existe un plan o programa específico para la prevención del suicidio. Se ha desarrollado la Estrategia de Mejora de Salud Mental (Gobierno de la Región de Murcia, 2023-2026) y en su Eje I aborda la Promoción de la Salud Mental y Prevención de los Trastornos Mentales. Una de sus actuaciones es la prevención del suicidio, que a su vez cuenta con trece acciones diferentes. A pesar de que no existe un plan o programa específico para la prevención del suicidio, la Consejería de Educación y Sanidad de la Región de Murcia ha desarrollado la Guía de Prevención del suicidio, actuaciones en centros educativos (2022). En esta guía aparecen las actuaciones en el contexto escolar ante un caso de ideación suicida o conducta autolesiva.

**Navarra:**

En Navarra existe el Plan de atención a personas con conductas suicidas en la red de salud mental de Navarra (Servicio Navarro de Salud, 2020). En este Plan se pone en marcha el Código Suicidio para mejorar la identificación y seguimiento de los pacientes bajo este código. En el ámbito educativo no existen guías o protocolos que marquen las actuaciones a seguir ante la detección de riesgo de conducta suicida.

**País Vasco:**

En el País Vasco existe una Estrategia de Prevención del Suicidio (Servicio Vasco de Salud, 2019), el cual se compone de nueve áreas de actuación. En esta Comunidad Autónoma existe una Estrategia de Prevención, Intervención y Posversión de la Conducta Suicida en el Ámbito Educativo (Departamento de Sanidad, 2022) donde se ha desarrollado un protocolo de actuación ante el riesgo de suicidio identificado, un protocolo de

actuación después de un intento de suicidio y un protocolo de actuación después de una muerte por suicidio.

**Comunitat Valenciana:**

En la Comunitat Valenciana se ha desarrollado un Plan de Prevención de suicidio y manejo de la conducta suicida (Vivir es la salida) (Generalitat Valenciana, 2018). Además, también se ha desarrollado una Guía de prevención del suicidio para el ámbito escolar (Generalitat Valenciana, 2018) donde se han desarrollado protocolos, programas y estrategias de actuación e intervención ante la detección de riesgo de la conducta suicida.

**ANEXO 2: Ítems de la Escala diseñada por Okasha et al** (Salvo, L., Melipillán, R., & Castro, A. 2009).

1. ¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena?
2. ¿Has deseado alguna vez estar muerto?
3. ¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida?
4. ¿Has intentado suicidarte?

**ANEXO 3: Ítems de la Escala PHQ - 9 (*Patient Health Questionnaire*)** (Johnson 2002).

1. ¿Te has sentido bajoneado/a, deprimido/a, irritable o desesperanzado/a?
2. ¿Has sentido poco interés o placer en hacer las cosas?
3. ¿Has sentido problemas para quedarte dormido/a, permanecer dormido/a, o has estado durmiendo demasiado?
4. ¿Te has sentido cansado/o con poca energía?
5. ¿Has tenido poco apetito, has bajado de peso, o has comido excesivamente?
6. ¿Te has sentido mal respecto a ti mismo/a o has sentido que tu eres un/a fracasado/a, o que has decepcionado a tu familia o a ti mismo/a?
7. ¿Has tenido problemas para concentrarte en actividades como trabajos escolares, leer o ver la televisión?
8. ¿Te has movido o hablado tan lento que las otras personas podrían haberlo notado? O al contrario, ¿has estado tan inquieto/a que estabas moviéndote de un lado para otro mucho más de lo usual?
9. ¿Has pensado que sería mejor estar muerto/a o has pensado hacerte daño de alguna manera?

Las preguntas complementarias son las siguientes (Johnson, 2002):

- A. En el último año, ¿te has sentido deprimido o triste la mayoría de los días, aunque te sientas a veces bien? Si/No.
- B. Si estás experimentando alguno de los problemas de este cuestionario ¿cuánto hacen esos problemas que dificultan hacer tu trabajo, tus labores en la casa, o llevarte bien con los demás? Ninguna dificultad/algo de dificultad/ bastante dificultad/ Extrema dificultad.
- C. Durante el último mes ¿has pensado en algún momento seriamente en terminar con tu vida? Sí/No.

**ANEXO 4: Ítems de la Escala Paykel** (Fonseca-Pedrero et al., 2018).

- Ítem 1: ¿Has sentido que la vida no merece la pena?
- ítem 2: ¿Has deseado estar muerto? Por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarte.
- ítem 3: ¿Has pensado en quitarte la vida aunque realmente no lo fueras a hacer?
- Ítem 4: ¿Has llegado al punto en el que consideras realmente quitarte la vida o hiciste planes sobre cómo lo harías?
- Ítem 5: ¿Alguna vez has intentado quitarte la vida?

**ANEXO 5: Ítems de la Escala de desesperanza de Beck** (Guía para centros escolares de Aragón, 2021).

1. Espero el futuro con esperanza o entusiasmo.
2. Puedo darme por vencido/a, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo/misma.
3. Cuando las cosas van mal me alivia que no van a estar así durante mucho tiempo.
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años.
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer.
6. En el futuro, espero poder llegar a conseguir aquellas cosas que me interesan.
7. Mi futuro me parece oscuro.
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir normalmente.
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no creo que pueda hacer que cambien en el futuro.
10. Mis experiencias del pasado y las del presente me preparan para mi futuro.
11. Todo lo que veo día a día en mi vida me resulta más desagradable que agradable.
12. No espero conseguir lo que realmente deseo.
13. Cuando miro al futuro, creo que entonces seré más feliz de lo que soy ahora.
14. Las cosas no van como yo quisiera.
15. Tengo una gran confianza en el futuro.
16. Nunca consigo lo que deseo, así que creo que es absurdo desear cualquier cosa.
17. Creo que es muy difícil que pueda lograr una satisfacción real en el futuro.
18. El futuro me parece vago e incierto.
19. Espero más épocas buenas que malas en el futuro.
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré.

**ANEXO 6: Sector II de Zaragoza.**

Atendiendo al Decreto 174/2010, de 21 de septiembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el reglamento de la estructura y funcionamiento de las áreas y sectores del Sistema de Salud de Aragón, se forman las distintas áreas y sectores que podemos encontrar en la Comunidad Autónoma de Aragón.

Existen un total de ocho sectores sanitarios en la Comunidad Autónoma de Aragón (Alcañiz, Barbastro, Calatayud, Huesca, Teruel, Zaragoza I, Zaragoza II y Zaragoza III), que incluyen todos los centros de atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria y salud mental correspondiente al área geográfica.

En el Sector Zaragoza II existen 21 Zonas Básicas de Salud, distribuidas en 18 Centros de Salud. Este sector corresponde a la zona suroriental de la provincia de Zaragoza y gran parte de la ciudad de Zaragoza, con un total de 377.967 habitantes. Entre los centros de atención sanitaria cabe mencionar:

- Atención primaria (Centros de Salud): Campo de Belchite, Canal Imperial-San José Sur, Canal Imperial-Venecia, Casablanca, Fernando el Católico, Fuentes de Ebro, La Almozara, Las Fuentes Norte, Parque Roma, Rebolería, Sagasta-Miraflores, Sagasta-Ruiseñores, San José Centro, San José Norte, Sástago, Seminario, Torre Ramona y Torrero-La Paz.
- Atención Especializada (Centros de Especialidades): .M.E. San José y C.M.E. Ramón y Cajal.
- Atención Especializada (Hospitales): Hospital Universitario Miguel Servet.
- Atención socio sanitaria: Hospital San Juan de Dios.

- Salud Mental: Unidad de Salud Mental Rebolera, Unidad de Salud Mental Romareda-Casablanca, Unidad de Salud Mental Torrero-La Paz, Unidad de Salud Mental Madre Vedruna-Miraflores, Unidad de Salud Mental Sagasta-Ruiseñores, Unidad de Salud Mental Las Fuentes, Unidad de Salud Mental San José-Norte y Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil Muñoz-Fernández.

El instituto en el que se va a llevar a cabo el proyecto pertenece al Sector Sanitario Zaragoza II, teniendo como referencia los centros de atención sanitaria mencionados anteriormente. En el ámbito de la Salud Mental, por su ubicación geográfica al IES le pertenece la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil de Sagasta (Paseo de Sagasta 52, 50006, Zaragoza) y a la USMIJ Hospital Infantil (Paseo Isabel La Católica, 1-3, 5009).

Imagen 1. Zonas Básicas de Salud.



Fuente: Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad.

**ANEXO 7: Caja de herramientas.**
**1. Actividades con los/las alumnos/as que puntúan con riesgo de suicidio.**
**1.1.1 Actividades a realizar en el centro educativo por parte del alumno/a que puntúe con riesgo.**

Tabla 6. Actividades a realizar en el centro educativo.

Nombre de la actividad	Profesional que la desarrolla	¿De qué se trata?	Objetivos
Actividad 1: Tarjeta Cortafuegos (30 mins)	Trabajador/a Social	Se trata de realizar una ficha en la que aparezcan: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Señales de alarma identificadas por el/la alumno/a.</li> <li>- Apoyos y/o servicios de atención telefónica.</li> </ul>	El objetivo principal es que el/la alumno/a tenga recursos a los que acudir en caso de crisis, así como también poder expresar cómo se siente en ese momento.
Actividad 2: El espejo de los cumplidos (30 mins)	Trabajador/a social y orientador/a	Consiste en que cada adolescente deberá identificar tres cualidades de sí mismo/a, tres habilidades y tres logros que haya conseguido últimamente. Posteriormente se compartirán con los profesionales.	El objetivo de esta dinámica es conseguir una mayor autoafirmación y autoestima en el menor. Esto generará una mayor confianza en sí mismo/a.

Fuente: Elaboración propia a partir de la guía para la Promoción de la Salud Mental y la Prevención del Suicidio Adolescente en Centros Educativos (Asafes, 2022); Promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescentes (Lázaro, P.J.R, 1998).

### 1.1.2 Actividades a realizar en casa por parte del alumno/a que puntúa con riesgo.

Tabla 7. Actividades a realizar en casa por parte del alumno/a que puntúa con riesgo.

Nombre de la actividad	Profesional que la explica	¿De qué se trata?	Objetivos
Actividad 3: Diario de emociones  (20 minutos cada día)	Orientador/a	<p>Se propone al adolescente escribir un diario en el que cada día no solo exprese lo que ha realizado sino también cuáles han sido sus pensamientos y sus emociones.</p> <p>Este diario se revisará semanalmente por el/la tutor/a, siempre bajo el consentimiento del menor.</p>	<p>El objetivo es estimular el autocuidado, la atención y reducir el estrés.</p> <p>Este mecanismo puede servir de ayuda para que los adolescentes controlen sus pensamientos y emociones.</p>
Actividad 4: El álbum de los logros	Orientador/a	<p>Se propone al adolescente crear un álbum con fotos en el que se muestren los logros que consigue, con el objetivo de que pueda identificar sus éxitos cuando dude de si puede alcanzarlos.</p>	<p>El objetivo es conseguir una mayor autoafirmación y autoestima en el menor. Otro de los objetivos es empoderar a los/as alumnos/as, con el objetivo de mostrar que son capaces de realizar lo que quieren.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de la guía para la Promoción de la Salud Mental y la Prevención del Suicidio Adolescente en Centros Educativos (Asafes, 2022); Promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescentes (Lázaro, P.J.R, 1998).

## 1.2 Actividades con alumnos/as que puntúan con riesgo y sus familias.

Las actividades con los/as alumnos/as y sus familias se realizarán en el centro educativo con el objetivo de identificar y conocer las dinámicas familiares que existen en el hogar.

Tabla 8. Actividades grupales con alumnos/as que puntúan con riesgo y sus familias.

Nombre de la actividad	Profesional que la desarrolla	¿De qué se trata?	Objetivos
Actividad 1: Las etiquetas en el entorno familiar  (60 mins)	Trabajador/a social y orientador/a	<p>La actividad consiste en que cada miembro pegue una etiqueta que le caracterice en la espalda a otro, sin saber lo que tiene puesto.</p> <p>Cada uno debe averiguar lo que tiene puesto a través de diferentes pistas proporcionadas por la familia.</p> <p>Cuando se averigua el nombre que estaba puesto en la etiqueta, se comentará el porqué de ese nombre.</p>	<p>El objetivo es trabajar la autoestima de la familia.</p> <p>Si los adolescentes tienen una buena autoestima, tendrán menos posibilidades de sentirse ofendidos cuando su punto de vista difiere del de sus progenitores. Esto provocará una disminución de los conflictos al mismo tiempo.</p>
Actividad 2: Mi familia también me ayuda  (60 mins)	Trabajador/a social	<p>El desarrollo de la sesión consistirá en que los adolescentes realicen una ficha junto a sus padres en la que se muestre la situación actual de todos los miembros de la familia, cuáles son las metas de todos ellos y los medios con los que pueden contar para conseguir esas metas.</p> <p>Todos los miembros deberán firmar esa ficha para comprometerse a realizarlo. Cada mes se evaluará esa ficha y se identificarán los aspectos conseguidos.</p>	<p>El objetivo es conocerse mejor y saber cuáles son las metas que tiene cada miembro. De este modo se fomentará la escucha activa de cada uno de los miembros.</p>
Actividad 3: Estilos de comunicación  (60 mins)	Trabajador/a social	<p>Durante la sesión se explicarán los tres estilos de comunicación (estilo agresivo, pasivo y asertivo).</p> <p>La familia deberá reflexionar con el adolescente cuál es el estilo que más se utiliza en casa para comunicarse.</p> <p>Finalmente, se realizará una puesta en común con los profesionales con el objetivo de transformar las respuestas agresivas o pasivas, en respuestas asertivas.</p>	<p>El objetivo es mejorar la comunicación entre los miembros de la familia y fomentar la escucha activa.</p>

<p>Actividad 4: Resolución colaborativa de intereses  (60 mins)</p>	<p>Trabajador/a social</p>	<p>Durante la sesión se explicarán las claves para una resolución colaborativa de conflictos, como son la percepción, los intereses, el ganar-ganar...</p> <p>Los miembros de la familia deberán reflexionar sobre un conflicto reciente que se haya producido y cada uno de los miembros deberá ponerse en el lugar del otro, identificando los intereses y las posiciones de la otra parte.</p> <p>Se reflexionará sobre un acuerdo que permita alcanzar los intereses de todos los participantes.</p>	<p>El objetivo es dar a conocer la negociación a través de la escucha activa de todos los miembros de la familia.</p>
---	----------------------------	--	---

Fuente: Elaboración propia a partir de la guía para la Promoción de la Salud Mental y la Prevención del Suicidio Adolescente en Centros Educativos (Asafes, 2022); Promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescentes (Lázaro, P.J.R, 1998); Guía para el diálogo y la resolución de conflictos en familia (Ayuntamiento de Leioa, 2008).

### 1.3 Actividades con alumnos/as que puntúan con riesgo y alumnos/as líderes.

Tabla 9. Actividades grupales con alumnos/as que puntúan con riesgo y alumnos/as líderes.

Nombre de la actividad	Profesional que la desarrolla	¿De qué se trata?	Objetivos
Actividad 1: ¿Cómo nos vemos dentro de 20 años? (60 mins)	Trabajador/a Social y orientador/a	Se trata de pensar y escribir primero de manera individual y luego junto con el/la alumno/a líder sobre las siguientes cuestiones: <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cómo te imaginas tu vida dentro de 20 años?</li> <li>- ¿A qué profesión te gustaría dedicarte dentro de 20 años?</li> <li>- ¿Qué camino debes recorrer para conseguir esa profesión? ¿Deberás esforzarte para ello?</li> <li>- ¿Cómo te gustaría que fuese tu vida en los diferentes ámbitos de tu vida?</li> <li>- Si tuvieras 20 años más ¿qué elemento importante identificarías dentro de tu vida?</li> </ul> Estas preguntas se comentarán al final de la sesión.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar aspectos relevantes que hayan surgido durante la sesión.</li> <li>- Identificar la profesión a la que se quieren dedicar como una forma de ganarse la vida pero también como una forma de ser útil para la sociedad.</li> <li>- Relacionar el esfuerzo y la superación con el crecimiento personal.</li> </ul>
Actividad 2: El buzón (15 mins)	Tutor/a de cada grupo y orientador/a	Se trata de que cada alumno/a que participe cuelgue un sobre abierto en la pared. Posteriormente cada alumno/a deberá escribir a tres compañeros mensajes de apoyo, agradecimiento o propuestas de amistad para cada uno de los compañeros del taller. Estos mensajes siempre serán positivos y anónimos	El objetivo principal es mejorar la autoestima de los adolescentes y establecer relaciones con los iguales.

<p>Actividad 3: Las tres urnas  (40 mins)</p>	<p>Tutor/a de cada grupo.</p>	<p>Para realizar la actividad serán necesarias tres urnas y en cada una aparecerá la siguiente frase:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Me gustaría superar...</li> <li>- Me arrepiento de...</li> <li>- Un problema mío es...</li> </ul> <p>Tanto el/la alumno/a líder como el/la alumno/a que puntúe con riesgo deberá realizar al menos un papel para cada una de las urnas.</p> <p>Una vez que se hayan depositado todas las papeletas, el dinamizador leerá cada una de ellas y se irán comentando para proponer soluciones y/o consejos.</p>	<p>Los objetivos de la actividad consisten en comprenderse los unos a los otros y promover la ayuda mutua y la empatía en el grupo.</p>
---	-------------------------------	---	---

Fuente: Elaboración propia a partir de la guía para la Promoción de la Salud Mental y la Prevención del Suicidio Adolescente en Centros Educativos (Asafes, 2022); Promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescentes (Lázaro, P.J.R, 1998).